

*Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ*

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ
ΜΑΣΤΟΥ. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ
Η ΣΥΝΗΘΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΛΗΨΗΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:
ΚΥΠΡΙΩΤΑΚΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ
ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΣΟΦΙΑ
ΤΟΨΑΧΑΛΙΔΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ**

*ΗΡΑΚΛΕΙΟ
ΜΑΙΟΣ 2007*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	1
---------------	---

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Ανατομία του μαστού.....	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Φυσιολογία του μαστού.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Καλοήθεις παθήσεις του μαστού.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Φυσική εξέλιξη της νόσου – Είδη καρκίνου του μαστού.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Επιδημιολογία – Συχνότητα – Επιβίωση – Θνησιμότητα.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
Αιτιολογία - Παράγοντες κινδύνου.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
Κλινική εικόνα – Σταδιοποίηση – Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	
Καρκίνος μαστού και Πρόληψη.....	32
8.1 Πρωτογενής πρόληψη.....	33
8.1.1 Κάπνισμα.....	33
8.1.2 Διατροφή και δίαιτα.....	33
8.1.3 Επαγγελματική έκθεση.....	33
8.1.4 Αυτοεξέταση μαστού.....	34
8.1.5 Κλινική εξέταση.....	35
8.2 Δευτερογενής πρόληψη.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	
9.1 Διάγνωση του καρκίνου του μαστού	
9.1.1 Μαστογραφία.....	41
9.1.2 Υπερηχογράφημα.....	43
9.1.3 Κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση με βελόνα (F N A).....	43
9.1.4 Ανοικτή βιοψία.....	43
9.1.5 Μαγνητική μαστογραφία.....	43
9.1.6 Ξηρογραφία.....	46
9.1.7 Θερμογραφία.....	46
9.1.8 Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2.....	47
9.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και διάγνωση του καρκίνου του μαστού.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	
Θεραπεία του καρκίνου του μαστού.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	
Ψυχολογία και καρκίνος του μαστού.....	59

ΜΕΡΟΣ Β΄

Ερευνητικό μέρος	
1. Σκοπός έρευνας.....	71
2. Υλικό – Μέθοδος της έρευνας.....	71
3. Στατιστική ανάλυση και αποτελέσματα της έρευνας.....	71
4. Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	151

ΜΕΡΟΣ Γ΄

Βιβλιογραφία.....	153
-------------------	-----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση.

Για να διαγνωστεί έγκαιρα ο καρκίνος του μαστού, υπάρχουν τρεις τρόποι: ο πρώτος είναι η αυτοεξέταση των μαστών από την ίδια τη γυναίκα, ο δεύτερος η τακτική προληπτική εξέταση του στήθους από το γιατρό και, ο τρίτος, η τακτική προληπτική εξέταση με μαστογραφία. Και οι τρεις τρόποι μαζί μπορεί να βοηθήσουν σημαντικά στην ανακάλυψη του καρκίνου σε αρχικό στάδιο, γεγονός που διευκολύνει την οριστική θεραπεία του. Η τελειοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων εκτιμάται από όλους ότι έχει συμβάλει σημαντικά στη δυνατότητα έγκαιρης διάγνωσης του καρκίνου του μαστού. Βασικά (ή, σχεδόν κατά αποκλειστικότητα), τον κυρίαρχο ρόλο σε αυτό το πεδίο έχει η μαστογραφία, που είναι μία ακτινογραφία των μαστών. Χάρη σε αυτήν, μπορούμε σήμερα να διαγνώσουμε περιπτώσεις αρχόμενων καρκίνων, που δεν είναι δυνατό να γίνουν αντιληπτοί από την ψηλάφηση (είτε της ίδιας της γυναίκας, είτε του γιατρού). Εκτός από αυτό και σύμφωνα με πολλές μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες, ο τακτικός προληπτικός έλεγχος με μαστογραφία αποτελεί, στην εποχή μας, το μέσο με το οποίο μπορούμε να βελτιώσουμε ακόμη πιο πολύ τα ποσοστά ίασης στον καρκίνο του μαστού. Για τις γυναίκες 50-59 ετών έχει αποδειχθεί ότι ο προληπτικός έλεγχος ελαττώνει τη θνητότητα από τον καρκίνο του μαστού κατά 30% περίπου. Η ευαισθησία της είναι 85-90% και η ακρίβεια περίπου 55-60%.

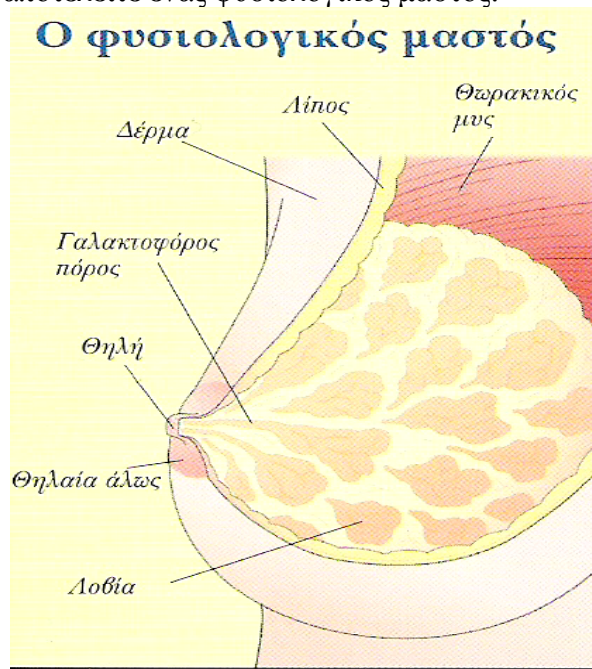
Η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος του μαστού σε όσο το δυνατόν πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης. Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση είναι η καλύτερη θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστοί είναι τροποποιημένοι αδένες του δέρματος, που βρίσκονται στις πρόσθιες και εν μέρει επίσης στις πλευρικές επιφάνειες του θώρακα. Κάθε μαστός εκτείνεται προς τα άνω στη δεύτερη πλευρά, κάτω στον έκτο πλευρικό χόνδρο, έσω στο στέρνο, και έξω στη μέση μασχαλιαία γραμμή.

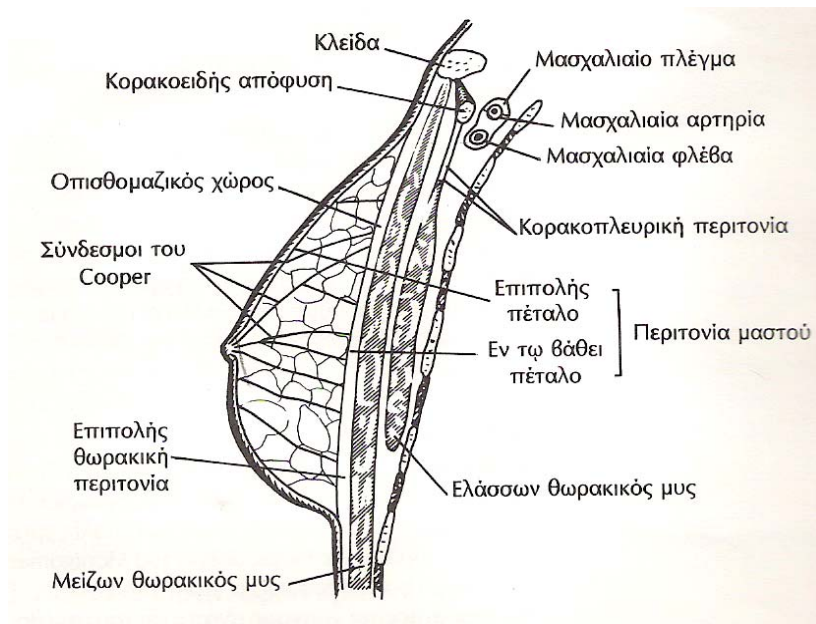
Το σύμπλεγμα θηλή - άλωσ βρίσκεται μεταξύ της τέταρτης και πέμπτης πλευράς. Οι φυσικές γραμμές τάσεως του δέρματος, γνωστές ως γραμμές Langer, επεκτείνονται εξωτερικά και περιμετρικά από το σύμπλεγμα θηλή - άλωσ. Οι γραμμές Langer έχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία για το χειρουργό, για την θέση της τομής στις βιοψίες του μαστού. Στην παρακάτω εικόνα παρουσιάζονται τα μέρη που αποτελείτε ένας φυσιολογικός μαστός:



ΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο μαστός στον άνδρα και στην άτοκη γυναίκα βρίσκεται στο πρόσθιο τοίχωμα, ανάμεσα στη δεύτερη και την έκτη πλευρά, με τη θηλή αντίστοιχα προς την τέταρτη πλευρά. Το όριο του προς τη μέση γραμμή είναι το χείλος του στέρνου, ενώ προς τα πλάγια είναι η πρόσθια μασχαλιαία γραμμή. Τα 2/3 της μάζας του μαστού καλύπτουν το μείζονα θωρακικό μυ και το 1/3 τον πρόσθιο οδοντωτό, ενώ το κάτω χείλος του φθάνει στο πάνω όριο της θήκης του ορθού κοιλιακού.

Η επιπολής περιτονία του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος αποτελείται από δυο στιβάδες. Μια επιπολής λιπώδης στιβάδα και μια εν τω βάθει, μεμβρανώδη. Στην επιπολής στιβάδα, αναπτύσσεται ο μαζικός αδένας, καλυπτόμενος από στρώμα λίπους. Τα διαφράγματα του συνδετικού ιστού που χωρίζουν τα αδενικά του λόβια επεκτείνονται στη θωρακική περιτονία και στο επιπολής πέταλο της περιτονίας του Scarpa, σχηματίζοντας τους συνδέσμους του Cooper. Οι τελευταίοι είναι υπεύθυνοι για την εισολκή του δέρματος σε γυναίκες με καρκίνο στο μαστό. (εικ. 1.1

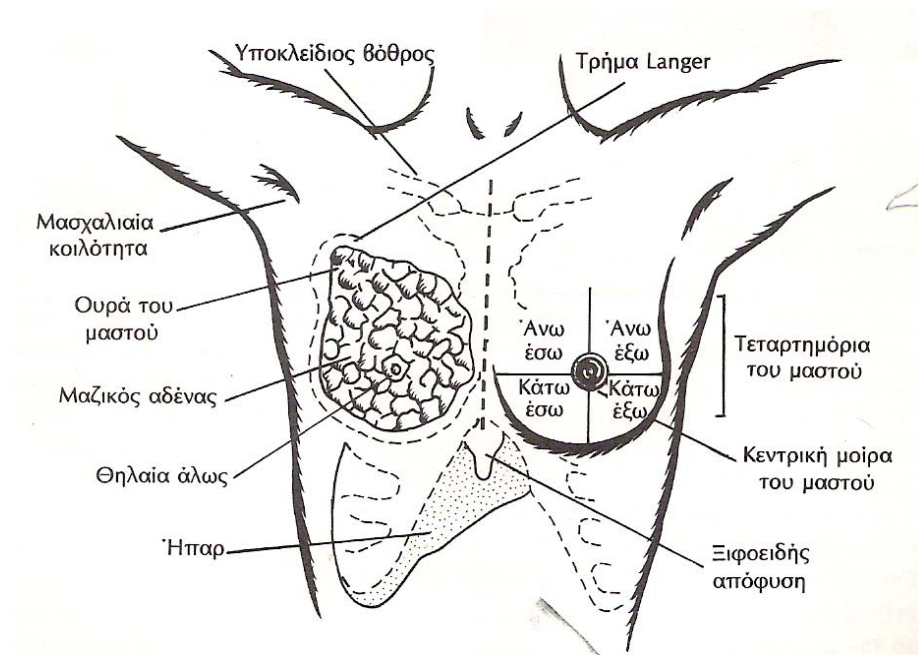


εικ. 1.1

Υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στο μαζικό αδένα και το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα. (εικ. 1.2). Ο αδενικός ιστός φαίνεται να επεκτείνεται εντός της μασχαλιαίας κοιλότητας σε 95% των περιπτώσεων, προς το επιγάστριο σε 15% και κατά μήκος της μέσης γραμμής σε 0,5% των περιπτώσεων μπορεί να επεκταθεί και πλάγια μέχρι την οπίσθια μασχαλιαία γραμμή (2% των περιπτώσεων). Λόγω της ευρείας κατανομής του μαζικού ιστού, οι ανατομικοί περιορισμοί μιας μαστεκτομής είναι η κλείδα, η μέση γραμμή, η θήκη του ορθού κοιλιακού μυός και ο πλατύς ραχιαίος μυς. Αν και τα όρια αυτά θεωρούνται σαφή, είναι δυνατόν μία μαστεκτομή να θεωρηθεί ατελής.

Ο μαστός έχει περίμετρο κυκλική. Στη γυναίκα, το άνω έξω τεταρτημόριο επεκτείνεται προς τη μασχάλη και σχηματίζει την ουρά του μαστού (του Spenser). Το άκρο της ουράς του μαστού περνάει από το τρήμα του Langer την εν τω βάθει περιτονία, καταλήγοντας στην κορυφή της μασχάλης.

Οι μαστοί γίνονται μόλις αντιληπτοί στην εποχή της ήβης, οπότε αρχίζει η σημαντική και προοδευτική ανάπτυξή τους. Μέχρι την προεφηβική ηλικία, η ανάπτυξη του μαστού στον άνδρα είναι ίδια με της γυναίκας. Ο ανδρικός μαστός συμπληρώνει την ανάπτυξη του, περίπου στην ηλικία των 20 ετών και αντιστοιχεί με μαστό που έχει το κορίτσι λίγο πριν φθάσει στην εφηβεία.



εικ 1.2

Στην ενήλικη γυναίκα, οι μαστοί έχουν κατά μέσο όρο τις εξής διαστάσεις: ύψος 11-12 cm, πλάτος 10 cm, πάχος 5-6 cm. Παρατηρούνται ανατομικές παραλλαγές σχετικά με τον όγκο. Άλλες παραλλαγές οφείλονται σε διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος, κλίματος και φυλής. Επίσης, διαφέρει και το σχήμα του μαστού, ανάλογα με την ηλικία και τη λειτουργία. Στις νεαρές γυναίκες, είναι ημισφαιρικό ή κωνικό, ενώ στις εγκυμονούσες είναι σφαιρικό ή κυλινδρικό

Η σύσταση του μαστού είναι σκληρή και ελαστική στις γυναίκες που δεν έχουν τεκνοποιήσει. Είναι μαλακή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τεταμένη στην αρχή της περιόδου του θηλασμού και μαλακή έπειτα από πολλούς θηλασμούς.

Συνοπτικά οι ανατομικές θέσεις του μαστού είναι:

- Θηλή
- Κεντρικό τμήμα
- Άνω εσωτερικό τεταρτημόριο
- Κάτω εσωτερικό τεταρτημόριο
- Άνω εξωτερικό τεταρτημόριο
- Κάτω εξωτερικό τεταρτημόριο
- Μασχαλιαία ουρά

Ανάπτυξη των μαστών

Ο μαζικός αδένας προέρχεται πρώτιστα από επιδερμικές παχύνσεις που αναπτύσσονται κατά μήκος της κοιλιακής επιφάνειας του σώματος, στην αποκαλούμενη γαλακτική γραμμή. Στις γυναίκες, το μεγαλύτερο μέρος της ανάπτυξης του μαστού διαδραματίζεται μετά τη γέννηση. Αντίθετα, στους άνδρες, καμία περαιτέρω εξέλιξη των μαστών δεν λαμβάνει μέρος μετά τη γέννηση. Στις γυναίκες η αύξηση και η ανάπτυξη της διακλάδωσης των μαζικών αδένων γίνεται αργά κατά τη διάρκεια των προεφηβικών ετών. Κατόπιν, η ανάπτυξη των μαζικών αδένων αυξάνεται εντυπωσιακά στην εφηβεία με την περαιτέρω διακλάδωση των πόρων, την αύξηση του σχηματισμού των λοβίων, και το δραματικό πολλαπλασιασμό του στρώματος μεταξύ των πόρων. Αυτό οδηγεί στο σχηματισμό της μαστικής

εκβλάστησης. Η ξαφνική εμφάνιση της μαστικής εκβλάστησης στο θωρακικό τοίχωμα είναι μερικές φορές λόγος ανησυχίας. Δεν είναι ασυνήθιστο για τις μητέρες να φέρουν τις κόρες τους για ιατρική αξιολόγηση μετά την παρατήρηση ενός νέου ογκιδίου στο θωρακικό τοίχωμα. Ο χειρουργός πρέπει να δώσει μεγάλη προσοχή κατά την εξέταση και βιοψία οποιασδήποτε μάζας στο θωρακικό τοίχωμα σε ένα νέο κορίτσι πριν από την ανάπτυξη των ώριμων μαστών.

Στην εφηβεία, οι μαζικοί αδένες αναπτύσσονται γρήγορα, πρώτιστα λόγω του πολλαπλασιασμού του στρώματος και του συνδετικού ιστού γύρω από τους πόρους. Η αύξηση του συστήματος των πόρων εμφανίζεται μέσω της επιρροής των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες κατά τη διάρκεια της εφηβείας.

Μόνο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός επιτυγχάνει την πλήρη δομική ωρίμανση και την πλήρη λειτουργική δραστηριότητα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ενεδό-λοβιακοί πόροι αναπτύσσονται γρήγορα, διαμορφώνοντας τις εκβλαστήσεις που γίνονται φατνία, και αντιστρέφεται η αναλογία στρώμα/αδενικό ιστό. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ο μαστός αποτελείται σχεδόν εξ ολοκλήρου από αδενικές μονάδες που χωρίζονται από μικρές ποσότητες στρωματικού ιστού. Μετά τη γαλακτοφόρα, επέρχεται ατροφία των λοβίων, στενεύουν οι δομές των πόρων, και ολόκληρος ο μαστός μικραίνει εμφανώς σε μέγεθος.

Με την αρχή της εμμηνόπαυσης, το λόβιο παλινδρομεί περαιτέρω, με την απώλεια του ενδολοβιακού και μεταξύ των λοβίων συνδετικού ιστού. Με το χρόνο, οι δομές των λοβίων μπορούν να είναι απολύτως απύσες από το μαστό στις μετεμμηνόπαυσιες γυναίκες. Κατά συνέπεια, η μορφολογική εμφάνιση του μαστού στις μετεμμηνόπαυσιες γυναίκες είναι πολύ διαφορετική από αυτήν των γυναικών προεμμηνόπαυσιες. Κατά τη διάρκεια των μετεμμηνόπαυσιων ετών, και οι δομές των πόρων και ο συνδετικός ιστός των μαστών είναι εμφανώς μειωμένα σε μέγεθος.

Το σύστημα των πόρων περιέχει πολυάριθμα λόβια με τα λοβιόλια. Κάθε λόβιο τροφοδοτεί έναν τελικό πόρο, ο οποίος, στη συνέχεια, τροφοδοτεί έναν τμηματικό πόρο. Οι τμηματικοί πόροι διενεργούν τελικά τη παροχέτευση των πόρων, και περίπου 15-20 συγκλίνουν κάτω από την άλω προς την επιφάνεια της θηλής μέσω χωριστών στομιών.

Οι τρεις πιο κοινές αιτίες μιας διακριτής μάζας των μαστών σε μια γυναίκα είναι κύστεις, ινοαδενώματα, και καρκινώματα. Οι κύστεις και τα ινοαδενώματα αναπτύσσονται μέσα στα λόβια ενώ τα καρκινώματα αναπτύσσονται στους τελικούς πόρους. Οι κοινές αιτίες της εκροής των θηλών είναι τα θηλώματα και η εκτασία, και αυτά αναπτύσσονται στους τμηματικούς πόρους. Τα αδενώματα των θηλών αναπτύσσονται επίσης στους τμηματικούς πόρους, κοντά στην πρόσφυση τους στη θηλή. Η νόσος του Paget του μαστού αναφέρεται σαν δερματίτιδα στο σύμπλεγμα θηλή-άλως. Αυτό δείχνει γενικά την παρουσία ενός υποβόσκοντος καρκίνου του μαστού. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις αποδίδονται σε καρκίνο *in situ* και οι άλλες μισές σε διηθητικό καρκίνο.

Αιμάτωση του μαστού

Η αιμάτωση του μαστού προέρχεται πρώτιστα από την έσω μαστική αρτηρία (έσω θωρακική αρτηρία), και την έξω θωρακική αρτηρία. Και οι δύο αυτές αρτηρίες προέρχονται από τη μασχαλιαία αρτηρία και κατόπιν εισέρχονται στο μαστό από τις άνω-έσω και άνω-έξω επιφάνειες, αντίστοιχα. Κλάδοι αυτών των αρτηριών αναστομώνονται κάθε μια με την άλλη. Επιπλέον, η έσω μαστική αρτηρία δίνει τις οπίσθιες μεσοπλευρίες αρτηρίες, και οι κλάδοι των μεσοπλευριών αρτηριών διαπερνούν την εν τω βάθει επιφάνεια του μαστού.

Ανατομία της μασχάλης

Η μασχάλη οριοθετείται επί τα εντός από το θωρακικό τοίχωμα, έξω από τον πλατύ ραχιαίο μυ, άνω από τη μασχαλιαία φλέβα, πίσω από τον υποπλάτιο μυ, και κάτω από τη σύγκλιση του πλατέως ραχιαίου και του προσθίου οδοντωτού μυός. Η μασχάλη διαιρείται σε τρία επίπεδα, που καθορίζονται από την ανατομική σχέση τους με τον ελάσσονα θωρακικό μυ. Αυτά τα επίπεδα ενέχουν ιδιαίτερη κλινική σημασία κατά τη συζήτηση της έκτασης της μασχαλιαίας λεμφαδενεκτομής για τον καρκίνο του μαστού.

Ο μασχαλιαίος ιστός που είναι επί τα εκτός των έξω ορίων του ελάσσονος θωρακικού μυός ορίζεται ως επίπεδο I, το οπίσθιο τμήμα και μεταξύ των έξω και έσω ορίων του μυός είναι το επίπεδο II και επί τα εντός του έσω ορίου του μυός είναι το επίπεδο III. Μεταξύ του μείζονος και ελάσσονος θωρακικού μυός ανευρίσκονται οι λεμφαδένες του Rotter. Αυτοί οι λεμφαδένες βρίσκονται συνήθως στην οπίσθια επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός. Το έξω θωρακικό νεύρο πορεύεται επίσης κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του μείζονος θωρακικού μυός, και βλάβη σε αυτό το νεύρο θα οδηγήσει σε ατροφία του μυός. Το έσω θωρακικό νεύρο, το οποίο έχει μορφή Y, νευρεί την κάτω έξω επιφάνεια του μείζονος θωρακικού μυός και πρέπει να διατηρείται κατά την παρασκευή.

Το δεύτερο δερματικό μεσοπλεύριο-βραχιόνιο νεύρο βρίσκεται περίπου 1 εκατ. κατώτερα από τη μασχαλιαία φλέβα, και πορεύεται προς μια έσω-έξω κατεύθυνση. Το μακρό θωρακικό νεύρο, που νευρώνει τον πρόσθιο οδοντωτό μυ, μπορεί να προσδιοριστεί ακριβώς κάτω από το μεσοπλεύριο-βραχιόνιο νεύρο στο δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα. Το μακρό θωρακικό νεύρο ακολουθεί την καμπύλη του θωρακικού τοιχώματος κάτω και πίσω, όπου διαιρείται σε κλάδους που παρεμβάλλουν τον πρόσθιο οδοντωτό μυ στο επίπεδο της τέταρτης ή πέμπτης πλευράς. Αν και το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει γενικά κατά μήκος του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μπορεί επίσης να βρεθεί πιο έξω στο μασχαλιαίο ιστό.

Επομένως, το νεύρο πρέπει να αναγνωριστεί πριν τη μασχαλιαία παρασκευή αμέσως επί τα εκτός του προσθίου οδοντωτού μυός. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι το μακρό θωρακικό νεύρο τρέχει σε μια άνω-κάτω κατεύθυνση, και είναι πάντα πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα (που τρέχουν σε μια έσω-έξω κατεύθυνση). Κατά συνέπεια, οποιοδήποτε χειρουργική παρασκευή πίσω από τα μεσοπλεύρια νεύρα προφυλάσσει το μακρό θωρακικό νεύρο. Η διατομή του μακρού θωρακικού νεύρου οδηγεί σε "φτερωτή ωμοπλάτη."

Το θωρακοραχιαίο νεύρο νευρώνει τον πλατύ ραχιαίο μυ. Προς τα άνω, αυτό βρίσκεται πίσω από την έξω θωρακική (thoracoepigastric) φλέβα. Ακολούθως παίρνει μια κάτω έξω πορεία, κείμενο στον υποπλάτιο μυ, συνοδευόμενο από τα υποπλάτια αγγεία, και εισέρχεται στην έσω επιφάνεια του πλατέως ραχιαίου μυός. Κατά συνέπεια, η παρασκευή κατά μήκος της έξω και προσθίας επιφάνειας του πλατέως ραχιαίου μυός αποφεύγει τη βλάβη στο θωρακοραχιαίο νεύρο.

Πλατύς Ραχιαίος μυς και σχετικοί μύες

Ο Πλατύς Ραχιαίος μυς διαμορφώνει τα έξω όρια της μασχάλης. Είναι ένα σημαντικό ορόσημο στη χειρουργική θεραπεία του πρώιμου καρκίνου του μαστού, και χρησιμοποιείται συχνά στο μαστό στην επανορθωτική χειρουργική που ακολουθεί τη μαστεκτομή για καρκίνο (κρημνός του πλατέως ραχιαίου μυός). Ο πλατύς ραχιαίος μυς εκφύεται από τους θωρακικούς σπονδύλους (Θ7-Θ12), τη λαγόνιο ακρολοφία και τις οσφυϊκές και ιερές σπονδυλικές άκανθες (μέσω της θωρακοοσφυϊκής περιτονίας), και από τις κατώτερες τρεις ή τέσσερις πλευρές. Ο πλατύς ραχιαίος μύς καταφάτε

στο βραχιόνιο οστού. Ο μυς λειτουργεί ως έσω στροφέας, και επίσης βοηθά στη προσαγωγή και έκταση του βραχίονα.

Υπάρχουν διάφοροι μύες που βρίσκονται σε στενή σχέση με το πλατύ ραχιαίο μυ. Ο δελτοειδής είναι ένας παχύς, τριγωνικός μυς που εκφύεται από το έξω ένα τρίτο της κλείδας, το ακρώμιο, και της κατωτέρου ορίου της άκανθας της ωμοπλάτης. Καταφάετε στο δελτοειδή κόνδυλο, ο οποίος κείται στην έξω επιφάνεια του μέσου της διάνυσης του βραχιονίου οστού. Ο δελτοειδής διευκολύνει την απαγωγή, τη έσω στροφή, και την έξω στροφή του βραχίονα. Ο μείζων στρογγύλος μυς εκφύεται από την κατώτερη γωνία και τη ραχιαία επιφάνεια της ωμοπλάτης. Καταφάετε στην ακρολοφία του ελάσσοнос φύματος του βραχιονίου και διευκολύνει την προσαγωγή του βραχίονα και χρησιμεύει ως ένας έσω στροφέας.

Τέλος, ο τραπέζιο μυς είναι ένας επίπεδος, τριγωνικός μυς που επεκτείνεται πέρα από το πίσω μέρος του αυχένα και του ανώτερου θώρακα. Εκφύεται από το μέσο τριτημόριο της ανώτερης αυχενικής γραμμής, της έξω ινιακής προεξοχής, και των ακανθωδών αποφύσεων από τον Α7 έως τον Θ12. Ο τραπέζιο μυς λειτουργεί από κοινού με άλλους μυς για να σταθεροποιήσει την ωμοπλάτη.

Πρόσθια επιφάνεια του Πλατέως ραχιαίου μυός και Αιμάτωση

Ο χειρουργός πρέπει να είναι εξοικειωμένος με την αιμάτωση του Πλατέως ραχιαίου μυός λόγω των εφαρμογών του στην επανορθωτική χειρουργική. Η υποπλάτιο αρτηρία είναι κλάδος της μασχαλιαίας αρτηρίας, και διακλαδίζεται σύντομα για να εκπέμψει την περισπωμένη πλατιαία αρτηρία και την θωρακοραχιαία αρτηρία. Μια ή δύο φλέβες και το θωρακοραχιαίο νεύρο ενώνονται με την θωρακοραχιαία αρτηρία, διαμορφώνοντας ένα νευροαγγειακό μίσχο. Αυτός ο μίσχος εισέρχεται στον πλατύ ραχιαίο μυ στην έξω επιφάνειά του, περίπου 6-12 εκατ. από τη υποπλάτιο αρτηρία.

Πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα και αιμάτωση

Ο ορθός κοιλιακός μυς, όπως και ο πλατύς ραχιαίος μυς, είναι σημαντικός στην επανορθωτική χειρουργική. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιείται στη δημιουργία των κρημών TRAM (εγκάρσιος μυς - ορθός κοιλιακός μυς). Ο ορθός κοιλιακός μυς προέρχεται από το χόνδρο των 5ης, 6ης, και 7ης πλευρών και τη ξιφοειδή απόφυση. Καταφάετε μπροστά από την ηβική σύμφυση και το σώμα του ηβικού οστού. Ο έξω λοξός μυς τελειώνει σε μια απονεύρωση που πορεύεται μπροστά στον ορθό κοιλιακό μυ. Ο έσω λοξός μυς τελειώνει σε μία απονεύρωση που χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο στρώμα. Το πρόσθιο στρώμα περνά μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ και ενώνεται με την απονεύρωση του έξω λοξού μυός. Το οπίσθιο στρώμα κείται οπίσθια του ορθού κοιλιακού μυός πάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, αυτό το στρώμα περνά επίσης μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ.

Τέλος, επάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή, ο εγκάρσιος κοιλιακός μυς τελειώνει σε μία απονεύρωση που κείται πίσω από τον ορθό κοιλιακό μυ. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, η απονεύρωση του εγκαρσίου κοιλιακού μυός περνά μπροστά από τον ορθό κοιλιακό μυ. Κατά συνέπεια, επάνω από την ημισεληνοειδή γραμμή, το οπίσθιο στρώμα της θήκης του ορθού διαμορφώνεται από την απονεύρωση του εγκαρσίου κοιλιακού και του έσω λοξού μυών. Κάτω από την ημισεληνοειδή γραμμή, το οπίσθιο στρώμα της θήκης του ορθού διαμορφώνεται από την απονεύρωση του εγκαρσίου κοιλιακού μυός.

Μέσα στη θήκη του ορθού, αναστομώνονται οι άνω επιγαστρικές και η κάτω επιγαστρικές αρτηρίες. Η κάτω επιγαστρική αρτηρία εισέρχεται στη θήκη του ορθού κοιλιακού μυός στην ημισεληνοειδή γραμμή. Πρέπει να σημειωθεί ότι η άνω επιγαστρική αρτηρία είναι ο κλάδος της έσω θωρακικής (έσω μαστικής) αρτηρίας, και η κάτω επιγαστρική αρτηρία είναι κλάδος της έξω λαγονίου αρτηρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι μαστικοί αδένες αποτελούν σημαντικό τμήμα του γεννητικού συστήματος της γυναίκας και βρίσκονται κάτω από ορμονικό έλεγχο.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία και την ανάπτυξη του μαστού.

Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του μαστού ανήκουν; Ο υποθάλαμος, η υπόφυση, οι ωοθήκες, ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια, ο πλακούντας, και το νευρικό σύστημα. Διαπιστώνουμε ότι ο μαστός είναι όργανο ορμονοεξαρτώμενο.

Αυτή η ομοιοεξάρτηση του μαστικού αδένα δε περιορίζεται μόνο στο επιθήλιο του αδενικού ιστού. Επεκτείνεται και στο συνδετικό ιστό, που αποτελεί το ερειστικό υπόστρωμα του μαστού, και ιδιαίτερα στους ιστούς που βρίσκονται γύρω από τους γαλακτοφόρους πόρους.

Υποθάλαμος: Είναι γνωστό πως ο υποθάλαμος έχει σχέση με την υπόφυση. Ένας ανασταλτικός παράγοντας του υποθαλάμου που έχει σχέση με την υπόφυση είναι και της υπόφυσης ο PIF [Prolactin Inhibiting Factor]. Δύο άλλες ορμόνες που ρυθμίζονται από του υποθαλάμο, και έχουν σχέση με τον μαστό, είναι η αυξητική ορμόνη και η θυρεοειδότροπος ορμόνη.

Υπόφυση: Η υπόφυση συμμετέχει πολύ στην ανάπτυξη των μαστών. Απόδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι μετά από υποφυσεκτομία προκαλείται υποπλασία των ωοθηκών και υποπλασία ή αροφία των μαστών. Οι ορμόνες της υπόφυσης που έχουν στενότερη σχέση με το μαστό είναι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη.

Προλακτίνη: Η προλακτίνη, παίρνει ουσιαστικό μέρος στη ανάπτυξη του μαστού και ιδιαίτερα στη διαφοροποίηση των κυττάρων των τελικών γαλακτοφόρων πόρων. Στην εγκυμοσύνη ελέγχει την αύξηση και την εκκριτική δραστηριότητα των κυττάρων των αδενοκυψελών. Επίσης ελέγχει τη σύνθεση των πρωτεϊνών του γάλακτος.

Ωκυτοκίνη: Αυτή παράγεται σε υποθαλαμικά κέντρα και αποθηκεύεται στον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης. Η κυριότερη δράση της ωκυτοκίνης είναι η πρόκληση σύσπασης των επιθηλιακών κύτταρων των γαλακτοφόρων πόρων των μαστών. Έτσι συμβάλει στην έξοδο του εκκρινόμενου γάλακτος.

Ωοθήκες: Οι ορμόνες των ωοθηκών που στενότερα συνδέονται με το μαστό είναι οι οιστρογόνες και η προγεστερόνη.

Οιστρογόνες ορμόνες: Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων. Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης.

Προγεστερόνη: Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες, έκκριση που μοιάζει με πύαρ.

Θυρεοειδής αδένας: Η θυροξίνη, που παράγεται στον αδένα αυτό, μπορεί να αυξήσει την παραγωγή γάλακτος σε περίπτωση υπογαλακτίας, γιατί αυξάνει την έκκριση της προλακτίνης.

Επινεφρίδια: Όπως ο θυρεοειδής αδένας έτσι και αυτά έχουν δευτερευούσης σημασίας επίδραση στους μαστικούς αδένες.

Πλακούντας: Ο πλακούντας αποτελεί ενδοκρινή αδένα και σημαντική πηγή οιστρογόνων ορμονών και χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης, ενώ, σε μικρότερες

ποσότητες, εκκρίνει προγεστερόνη και πλακούντιο λακτογόνο ορμόνη. Οι ορμόνες του πλακούντα έχουν σημασία για την ανάπτυξη του μαστού, τις μεταβολές του στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την έκκριση γάλακτος. Αυτό αποδεικνύεται από το ότι, αν εκτελέσουμε ωθηκεκτομή μετά τον 3 ή 4 μήνα της εγκυμοσύνης, θα διαπιστώσουμε πως η ανάπτυξη των μαστών συνεχίζεται και ακολουθεί φυσιολογική έκκριση γάλακτος.

Με την ύπαρξη του πλακούντα συνδέεται και η μικρή διόγκωση των μαστών του νεογνού ή η μικρή έκκριση γάλακτος από αυτούς γιατί μητρικές ορμόνες πέρασαν μέσω του πλακούντα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Από τις ορμόνες του πλακούντα, αυτή που έχει στενότερη σχέση με τους μαστούς είναι η πλακούντιο γαλακτογόνος ορμόνη. Η ορμόνη αυτή μοιάζει με την αυξητική ορμόνη της υπόφυσης, μοιάζει όμως και με τη δράση τη προλακτίνης, γιατί διεγείρει την παραγωγή γάλακτος και αναπτύσσει το μαστικό αδένα.

Νευρικό σύστημα . Το νευρικό σύστημα ασκεί αγγειοκινητικές επιδράσεις στο μαστό και προκαλεί την έκθλιψη μικρής ποσότητας γάλακτος, που περιέχεται στις αδενοκυψέλες, χωρίς να επηρεάζει την εκκριτική λειτουργία του μαστού. Επίσης μεγάλες συγκινήσεις είναι δυνατό να αναστείλλουν την έκκριση γάλακτος προσωρινά ή μόνιμα.

Κύηση, γαλακτοπαραγωγή και γεροντική ηλικία

Μεγάλη αύξηση στην κυκλοφορία των οιστρογόνων, που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και τον πλακούντα, και των προγεστινών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία προκαλεί αλλαγές στη μορφή και το υπόστρωμα του μαστού. Ο μαστός αυξάνεται καθώς πολλαπλασιάζονται οι πόροι και τα λόβια, το δέρμα της άλω σκουραίνει, και οι επικουρικοί αδένες της άλω (αδένες του Montgomery) αναπτύσσονται.

Κατά το πρώτο και δεύτερο τρίμηνο, οι ελάσσονες πόροι αναπτύσσονται. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, λιπίδια συσσωρεύονται στο επιθήλιο και πρωτόγαλα γεμίζει τα διαστήματα μεταξύ των λοβίων και των πόρων.

Στο τέλος της κύησης, η προλακτίνη ρυθμίζει τη σύνθεση των λιπαρών ουσιών και των πρωτεϊνών του γάλακτος. Μετά τον τοκετό του πλακούντα, η προγεστερόνη και τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται, το οποίο επιτρέπει την πλήρη δράση της προλακτίνης. Η παραγωγή του γάλακτος ελέγχεται από τα νευρικά ανακλαστικά τόξα που δημιουργούνται στις νευρικές απολήξεις της θηλής και της άλω. Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης ρυθμίζεται από τα ακουστικά, οπτικά, και οσφρητικά ερεθίσματα και συμβάλλει στην αποβολή του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους.

Μετά τον απογαλακτισμό του βρέφους η απελευθέρωση της προλακτίνης και της ωκυτοκίνης μειώνεται . Το εναπομείναν γάλα αυξάνει την πίεση μέσα στους πόρους με συνέπεια την ατροφία του επιθηλίου. Κατά την εμμηνόπαυση υπάρχει μια μείωση στην έκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τις ωοθήκες και εκφύλιση των πόρων του μαστού. Ο ινώδης συνδετικός ιστός αυξάνει σε πυκνότητα, και οι ιστοί του μαστού αντικαθίστανται από τους λιπώδεις ιστούς.

Γυναικομαστία

Η γυναικομαστία εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια τριών φάσεων: τη νεογνική περίοδο, την εφηβεία, και τη γεροντική ηλικία. Κοινός παρανομαστής και στις τρεις φάσεις είναι η υπεροχή στη κυκλοφορία των οιστρογόνων σε σχέση με την τεστοστερόνη. Η νεογνική γυναικομαστία προκαλείται από τη επίδραση των οιστρογόνων του πλακούντα στους νεογνικούς μαστούς, ενώ στην εφηβεία, υπερέχει

η οιστραδιόλη σε σχέση με την τεστοστερόνη, και κατά τη γεροντική ηλικία, τα επίπεδα της τεστοστερόνης πέφτουν στη κυκλοφορία.

Στη γυναικομαστία, οι πόροι του μαστού στον άνδρα διευρύνονται, επιμηκύνονται, και αυξάνει το επιθήλιο. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, η γυναικομαστία είναι συχνά μονόπλευρη και εμφανίζεται χαρακτηριστικά μεταξύ της ηλικίας των 12 και 15. Αντίθετα, η γυναικομαστία στη γεροντική ηλικία είναι συνήθως αμφοτερόπλευρη.

Στον φυσιολογικό άνδρα, μαστός διαμέτρου τουλάχιστον 2 εκατ. θέτει τη διάγνωση της γυναικομαστίας. Η μαστογραφία και το υπερηχογράφημα χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση. Μάζες, παρατυπία, και ασυμμετρία θέτουν την υποψία του καρκίνου ιδίως στον άνδρα. Η γυναικομαστία δεν προδιαθέτει για την ανάπτυξη καρκίνου.

Εντούτοις, το σύνδρομο Klinefelter (XXY), όπου η γυναικομαστία είναι εμφανής, συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του μαστού. Η αύξηση των οιστρογόνων προκύπτει από αύξηση της έκκρισης της οιστραδιόλης από τους όρχεις ή από όγκους έξω από τους όρχεις, αλλαγές στη διατροφή όπως η στέρηση πρωτεϊνών και λίπους, ενδοκρινικές διαταραχές (υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός) και ηπατοπάθειες (μη αλκοολική ή αλκοολική κίρρωση).

Η ανεπάρκεια των ανδρογόνων μπορεί να προκαλέσει γυναικομαστία. Η γεροντική γυναικομαστία εμφανίζεται συνήθως στην ηλικία των 50 - 70 ετών. Το σύνδρομο Klinefelter (XXY) εκδηλώνεται με γυναικομαστία, υπεργοναδοτροπικό υπογοναδισμό, και αζωοσπερμία. Πρωτοπαθής ανεπάρκεια των όρχεων μπορεί επίσης να προκληθεί από ανεπάρκεια της ACTH, κληρονομικές διαταραχές στη σύνθεση των ανδρογόνων και συγγενή έλλειψη όρχεως, Δευτεροπαθής ανεπάρκεια των όρχεων μπορεί να προκύψει από τραυματισμό, ορχίτιδα, και κρυπορχία. Η νεφρική ανεπάρκεια ανεξάρτητα από την αιτία, μπορεί επίσης να προκαλέσει γυναικομαστία. Φάρμακα με οιστρογονική δράση (οιστρογόνα, στεροειδή, μαριχουάνα) ή φάρμακα που διεγείρουν τη παραγωγή οιστρογόνων (ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη) μπορούν να προκαλέσουν γυναικομαστία.

Φάρμακα που αναστέλλουν τη δράση ή τη σύνθεση τεστοστερόνης (σιμετιδίνη, κετοконаζόλη, φαινυτοΐνη, σπιρονολακτόνη, αντινεοπλαστικοί παράγοντες, διαζεπάμη) έχουν ενοχοποιηθεί. Φάρμακα όπως η ρεζερπίνη, η θεοφυλλίνη, η βεραπαμίλη, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και η φουρασεμίδη προκαλούν γυναικομαστία μέσω ιδιοπαθών μηχανισμών.

Όταν η γυναικομαστία προκαλείται από (1) ανεπάρκεια ανδρογόνων: η χορήγηση τεστοστερόνης μπορεί να προκαλέσει ύφεση (2) φάρμακα: αυτά διακόπτονται εάν είναι δυνατόν ή (3) ενδοκρινικές διαταραχές: χορηγείται η κατάλληλη θεραπεία. Όταν η γυναικομαστία είναι προοδευτική και δεν ανταποκρίνεται σε άλλη θεραπεία, η χειρουργική θεραπεία έχει θέση. Προσπάθειες να αντιστραφεί η γυναικομαστία με danazol είναι επιτυχείς, αλλά οι ανδρογενετικές παρενέργειες του φαρμάκου είναι σοβαρές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΛΟΗΘΕΙΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Οι καλοήθεις παθήσεις του μαστού περιλαμβάνουν παθολογικές καταστάσεις με μεγάλη ποικιλομορφία όσον αφορά την κλινική εικόνα. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα των παθήσεων αυτών είναι η αδενική και ινώδης δυσπλασία. Οι καλοήθεις μαστοπάθειες είναι αρκετά συχνές, περιλαμβάνουν το 90% περίπου των παθολογικών καταστάσεων του μαστού και πολλές φορές δυσκολεύεται η διαφοροδιάγνωση από τον καρκίνο, κατά την ψηλάφηση του μαστού.

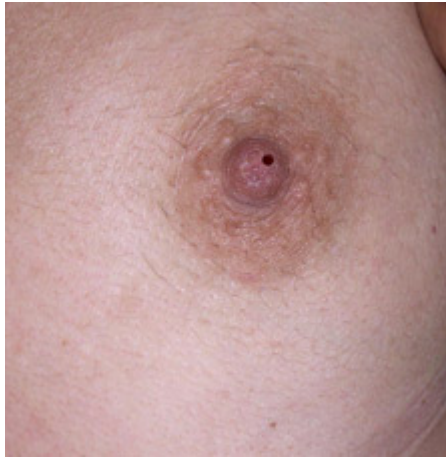
Αδένωση: Η αδένωση είναι καλοήθης υπερπλασία του επιθηλίου των λοβιδίων είναι καλοήθεις υπερπλασία του επιθηλίου λοβιδίων και παρατηρείται στις προεμμηνοπαυσιακά γυναίκες. Συνυπάρχει συνήθως με υπερπλασία συνδετικού ιστού οπότε ονομάζεται σκληρυντική αδένωση. Οι περισσότεροι συγγραφείς αναφέρουν ότι η σκληρυντική αδένωση δεν αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού.

Στη μαστογραφία απεικονίζονται περιοχές μεγαλύτερης πυκνότητας, συνέπεια ινώδους υπερπλασίας με διάσπαρτες μικροαποτιτανώσεις οι οποίες είναι στρογγυλές ή ουρώδεις με ομαλά όρια και εντοπίζονται στον έναν ή και στους δυο μαστούς. Συνήθως οι αλλοιώσεις είναι συμμετρικές και αφορούν και τους δυο μαστούς. Οποιαδήποτε ασυμμετρία παρατηρηθεί στη μαστογραφία κατά το συγκριτικό έλεγχο των μαστών και η όποια δεν οφείλεται σε κάποια χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να μελετάται με μεγάλη προσοχή επειδή ο κίνδυνος να οφείλεται σε μια κακοήγη πλασματική εξεργασία είναι μεγάλος.

Θηλωμάτωση: Η θηλωμάτωση είναι συχνό εύρημα και μπορεί να παρατηρηθεί σε οποιαδήποτε μέρος του μαστού. Στην κλινική εξέταση δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα ευρήματα. Στην ιστολογική παρατηρείται πολλαπλή θηλωμάτωση, διάταση των πόρων και επιθηλιακή υπερπλασία. Η μαστογραφική εικόνα δεν είναι χαρακτηριστική της νόσου. Συνήθως παρατηρούνται διάσπαρτες περιοχές αυξημένης πυκνότητας ως και μικροαποτιτανώσεις.

Η ακτινολογική διάγνωση θα γίνει με γαλακτογραφία, η οποία όμως συνίσταται στην έγχυση σκιερής ουσίας μέσα στους γαλακτοφόρους πόρους. Στη γαλακτογραφία παρατηρούνται στους κύριους γαλακτοφόρους πολλές ελλειμματικές εικόνες χαρακτηριστικές των θηλωμάτων. Η πολλαπλή θηλωμάτωση πρέπει να διαχωρίζεται από το μονήρες θήλωμα και το θηλώδες καρκίνωμα.

Ενδοπορώδες θήλωμα: Όταν η ενδοπορώδης υπερπλασία αυξηθεί σημαντικά σε σημείο που να είναι ορατή και μακροσκοπικά, τότε η τοπική αυτή υπερπλασία ονομάζεται ενδοπορώδες θήλωμα. Το θήλωμα αυτό εντοπίζεται συνήθως στον όπισθεν της θηλής χώρο και συνοδεύεται από ροή ορώδους ή οροαιματηρού υγρού.



Η ακτινολογική διάγνωση θα γίνει μόνο με τη γαλακτογραφία στην οποία, και στην πολλαπλή θηλωμάτωση, θα δούμε μονήρη ελλειμματική εικόνα που θα αντιστοιχεί στο ενδοπορώδες θήλωμα. Το εύρημα αυτό δεν είναι δύσκολο να διαχωριστεί το καλοήθες ενδοπορώδες θήλωμα από το πορώδες καρκινωματώδες θήλωμα.

Ινοαδένωμα: Το ινοαδένωμα είναι οι πιο συνηθισμένοι καλοήθεις όγκοι του γυναικείου μαστού. Εμφανίζονται μετά την εφηβεία, αλλά είναι συχνότερου στην ηλικία των 20-30 ετών. Οι όγκοι αυτοί μπορεί να εμφανιστούν και μετά την εμμηνόπαυση αλλά πιστεύεται ότι σ' αυτές τις περιπτώσεις προϋπήρχαν της εμμηνόπαυσης και έγιναν εμφανείς με την πάροδο της ηλικίας και την υποστροφή των αδενικών και ινωδών στοιχείων.



Τα ινοαδενώματα είναι ορμονοεξαρτώμενοι όγκοι και είναι δυνατόν να παρουσιάσουν αύξηση του μεγέθους κατά το τέλος κάθε μηνιαίου κύκλου. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι βρέθηκαν οιστρογόνοι υποδοχείς στα ινοαδενώματα. Οι καλοήθεις αυτοί όγκοι, που αποτελούνται από ινώδη και αδενικό ιστό περιβάλλονται από ινώδη κάψα, αυξάνουν σε μέγεθος αργά πιέζοντας τους γύρω ιστούς.

Αξιολογώντας την αδενική συστασή τους, πολλά ινοαδενώματα παλιδρομούν με την πάροδο της ηλικίας ενώ, αντίθετα, άλλα μπορεί να παρουσιάσουν αύξηση του μεγέθους τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η πιθανότητα προσβολής των ινοαδενωμάτων από καρκίνο έγινε αντικείμενο μελέτης από πολλούς ερευνητές. Γενικά θεωρείται ασυνήθης η συνύπαρξη ινοαδενώματος και καρκίνου. Ο συνηθισμένος τύπος καρκίνου που προσβάλλει τα ινοαδενώματα ψηλαφώνται σαν

όγκοι σκληρής συστάσεως, ανώδυνοι, κινητοί, και αφοροζόμενοι από τους γύρω ιστούς.

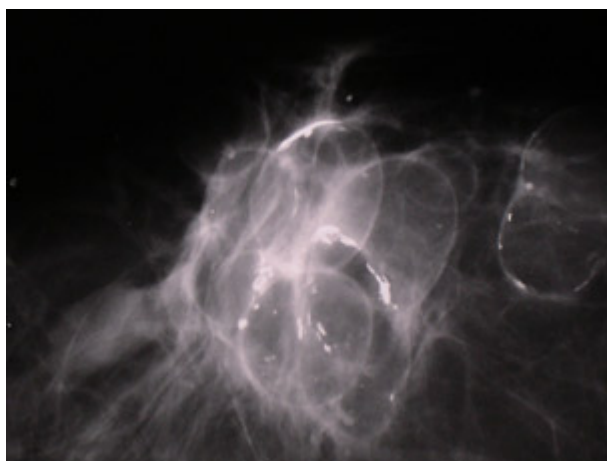
Τα ινοαδενώματα είναι μονήρη ή πολλαπλά και εντοπίζονται στον ένα ή και στους μαστούς . Τα περισσότερα ινοαδενώματα, που παρατηρούνται στην εφηβική ηλικία έχουν την ίδια ακτινολογική εικόνα με εκείνη των ενηλίκων. Πολλές φορές με την πάροδο της ηλικίας μέσα στη μάζα του ινοαδενώματος παρουσιάζονται χαρακτηριστικές αδρές αποτιτανώσεις διαφόρου μεγέθους, η διαφορική διάγνωση των οποίων από αποτιτανώσεις άλλης αιτιολογίας δεν είναι δύσκολη.

Το μέγεθος των ινοαδενωμάτων παραμένει για πολλά χρόνια το ίδιο αλλά μερικές φορές έχουν την τάση να μεγαλώνουν γρήγορα σε τρόπο ώστε να διπλασιάζονται ή να τριπλασιάζεται το μέγεθος τους σε μικρό χρονικό διάστημα. Η χειρουργική αφαίρεση, είναι η μέγεθος επιλογής για θεραπεία επειδή αυτά δεν υστρέφονται αλλά, αντίθετα πολλές φορές την τάση να μεγαλώνουν.

Λίπωμα: Ο μαστός είναι όργανο που περιέχει αρκετό λιπώδη ιστό ακόμη και στις νέες γυναίκες. Ο μαζικός αδένας αναπτύσσεται μέσα σε κυτταρολιπώδη ιστό, έτσι ώστε λιπωματώδεις μάζες περιβάλλονται πολλές φορές από ινώδη κάψα σχηματίζοντας τα λιπώματα. Το λίπωμα εμφανίζεται σαν μάζα σφαιρική ή ωοειδής, κινητή και ελαστική κατά την ψηλάφηση.

Έχει την κλινική εικόνα της κύστεως και μόνο με τη μαστογραφία μπορεί να γίνει ο διαχωρισμός. Ο κύστες στη μαστογραφία δίνουν έντονη ομοιογενή σκίαση με ομαλά όρια, ενώ το λίπωμα χαρακτηρίζεται από ομαλή περιγεγραμμένη ακτινοδιαφανή περιοχή στοιχείο που αποτελεί το χαρακτηριστικό γνώρισμα του λιπώματος.

Μεγάλες κύστες: Οι κύστες στους μαστούς είναι συχνό εύρημα. Παρατηρούνται συνήθως στην ηλικία 35-50 ετών αλλά είναι δυνατόν να εμφανιστούν ακόμη και σε νεαρές γυναίκες. Η ανάπτυξη των κύστεων σταματά με την εμμηνόπαυση αλλά πολλές φορές εμφανίζονται και μετά απ' αυτή, ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν κάνει θεραπεία με οιστρογόνα. Οι κύστες στους μαστούς αναπτύσσονται συνήθως σε υπόστρωμα αδενώσεως όταν οι πόροι των λοβιδίων διατείνονται και καλύπτονται από ατροφικό επιθήλιο. Οι μεγάλες κύστες, μονήρεις ή πολλαπλές μπορεί να είναι ασυμπτωματικές ή επώδυνες, κινητές κατά την κλινική εξέταση.



Η διάγνωση γίνεται με μαστογραφία ή με υπέρηχο. Η μονήρης κύστη στη μαστογραφία απεικονίζεται Σαο στρογγυλή ή ωοειδής ομοιογενή σκίαση με σαφή όρια.

Οι κύστες που αναπτύσσονται σε μαστούς πυκνούς με έντονη ινώδη υπερπλασία, εμφανίζονται ασαφείς και δημιουργούν προβλήματα διαφορικής διαγνώσεως από

καρκίνο ή άλλες παθήσεις του μαστού,. Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των κύστεων έχουν και οι υπέρηχοι. Με τους υπερήχους είναι δυνατόν να διαχωρίσουμε μια κυστική εξεργασία από μια συμπαγή μάζα. Πιο ασφαλές είναι να παρακεντηθεί η κύστη, να αφαιρεθεί το υγρό το οποίο θα δοθεί για κυτταρολογική εξέταση.

Πολλοί είναι εκείνοι που κάνουν την παρακέντηση με την εμφύσηση αέρος μέσα στην κύστη. Είναι αυτό ου λέμε πνευμοκυστογραφία. Με τον τρόπο αυτό ελέγχεται εσωτερική παρυφή της κάψας που σε φυσιολογικές περιπτώσεις είναι ομαλή ενώ είναι δυνατόν να εμφανιστούν ενδοκυστικές θηλωματώδεις προσεκβολές που οφείλονται σε καρκινική διήθηση. Η ύπαρξη αιματηρού υγρού κατά την παρακέντηση είναι σχεδόν σταθερό της υπάρξεως μέσα στην κοιλότητα της κύστης καλοηθών ή κακοηθών εκπλασθήσεων.

Οι ενδείξεις για χειρουργική αφαίρεση της κύστης είναι όταν στη μαστογραφία τα όρια της κύστης παρουσιάζουν σχετική ασάφεια ή όταν μετά την παρακέντηση και την αφαίρεση ποσότητας υγρού η σκίαση στη μαστογραφία παραμένει ή όταν ακόμη, τα όρια της εσωτερικής επιφάνειας της κάψας με την εμφύσηση αέρος παρουσιάζεται ασαφής από θηλωματώδεις προσεκβολές.

Αρκετοί πιστεύουν πως γυναίκες με πολλές και μεγάλες κύστες έχουν μεγάλο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.

Ινοκυστική νόσος: Η ινοκυστική νόσος του μαστού αποτελεί σημαντική βλάβη του μαζικού αδένου και απαντάται συνήθως σε άτομα ηλικίας 25-50 ετών. Η συχνότητα των κύστεων αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας και παρουσιάζει τη μεγαλύτερη αιχμή στη δεκαετία των 35-50 ετών.

Η νόσος είναι άγνωστης αιτιολογίας αλλά πολλοί πιστεύουν ότι οφείλεται σε ορμονικό ανισοζύγιο που προκαλείται από κακή ωοθηκική λειτουργία. Η νόσος εμφανίζεται μετά από μια δεκαετία από την έναρξη της περιόδου, και ότι η συχνότητα αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας μέχρι την προεμμηνόπαυση περίοδο. Επίσης πιστεύεται ότι η ινοκυστική νόσος σπάνια συναντάται μετά τη ηλικία των 55 ετών.

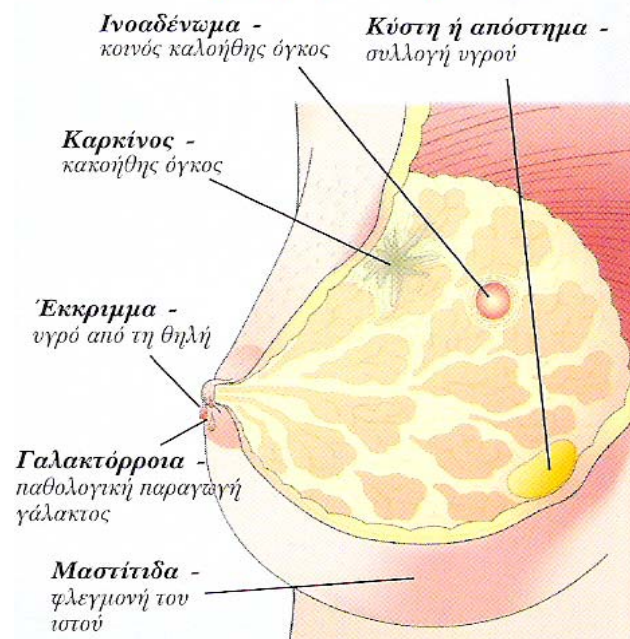
Οι γυναίκες που πάσχουν από ινοκυστική νόσο και οι οποίες μετά την εμμηνοπαυση παίρνουν οιστρογόνα έχουν 6 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού.

Στην κλινική εικόνα /εξέταση οι μαστοί είναι οζώδεις με πολλαπλά οζίδια διαφόρου μεγέθους, επώδυνα κατά την ψηλάφηση και περιέχουν υγρό.

Στη μαστογραφία παρατηρείται διάχυτη ινώδη υπερπλασία και οι μικρές κυστικές μάζες έχουν εικόνα συχνά ανώμαλη και άτυπη και πολλές φορές δημιουργούν δυσκολίες στη διάγνωση. Στη διάγνωση συμβάλει επίσης το υπερηχογράφημα και η θερμογραφία.

Συνοπτικά όλες οι διαταραχές του μαστού παρουσιάζονται στην παρακάτω εικόνα:

Διαταραχές του μαστού



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Φυσική εξέλιξη της νόσου – Είδη καρκίνου

Ο μη Διηθητικός Καρκίνος του Μαστού είναι ο Λοβιακός (LCIS) και ο Πορογενής Καρκίνος in situ (DCIS)



Λοβιακός καρκίνος in situ (LCIS)

Οι Foote και Stewart το 1941 ονόμασαν την πάθηση αυτή Λοβιακό Καρκίνο in situ. Μετά ο Haagensen το 1978 την ονόμασε Λοβιακή Νεοπλασία (LN) και το 1985 οι Dupont και Page την ονόμασαν Ατυπη Λοβιακή Νεοπλασία (ALN).

Το LCIS έχει κίνδυνο 20% να γίνει διηθητικός καρκίνος στα 20 χρόνια και εις αμφοτέρους τους μαστούς. Πριν πολλά χρόνια, η θεραπεία που εφαρμόζονταν ήταν η μαστεκτομή. Σήμερα, η θεραπεία που ισχύει είναι:

- Αμφοτερόπλευρο μαστεκτομή με ή όχι πλαστική αποκατάσταση του μαστού
- Παρακολούθηση
- Παρακολούθηση + Ταμοξιφαίνη 20mg/d για 5 χρόνια.

Η Ταμοξιφαίνη χορηγείται λόγω του ότι η μελέτη NSABP P1 (1998) έδειξε ότι ελαττώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διηθητικού καρκίνου και στους δύο μαστούς κατά 56%. Η ακτινοθεραπεία του μαστού δεν προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα και δεν χρησιμοποιείται. Η παρακολούθηση (follow-up) των γυναικών με LCIS γίνεται με κλινική εξέταση ανά 6-12 μήνες και ο μαστογραφικός έλεγχος ανά έτος.

Πορογενής καρκίνος in situ (DCIS)

Η συχνότητα ανεύρεσης του DCIS έχει αυξηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, σε ποσοστά άνω του 25% των καρκίνων του μαστού. Αυτό οφείλεται στο ότι τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε πολλές χώρες ο πληθυσμιακός έλεγχος με μαστογραφία.

Ετέθη όμως το ερώτημα ότι μήπως με τον πληθυσμιακό έλεγχο γίνεται υπερδιάγνωση στον καρκίνο του μαστού και ειδικότερα στο DCIS. Το ερώτημα αυτό δημιουργήθηκε λόγω των αποτελεσμάτων διάφορων μελετών, οι οποίες συμπέραναν τα εξής:

- Σε αναδρομικές μελέτες ασθενών με DCIS, οι οποίες είχαν διαγνωστεί λάθος ως καλοήθεις παθήσεις και δεν θεραπεύτηκαν, βρέθηκε στο Follow-up των 30 ετών ότι λίγες ασθενείς ανέπτυξαν διηθητικό Ca.
- Σε νεκροψίες γυναικών μέσης ηλικίας χωρίς ιστορικό DCIS, βρέθηκε DCIS σε ποσοστό 9-15%
- Η υπερ-διάγνωση του DCIS με το πληθυσμιακό έλεγχο θεωρείται ως μικρό πρόβλημα διότι με αυτήν και την επακόλουθη θεραπεία αποφεύγεται η τυχόν ανάπτυξη διηθητικού καρκίνου.

Τα χαρακτηριστικά του DCIS είναι τα κάτωθι:

- μη διηθητικός η ενδοπορικός καρκίνος μαστού
- DCIS >25% των Ca μαστού
- συνήθως σε ανευρίσκεται σε ασυμπτωματικές γυναίκες με μαστογραφικό εύρημα.
- DCIS ανευρίσκεται στο 20-50% σε εστιακές μικροαποτιτανώσεις.
- πολυεστιακά είναι σε ποσοστό 18-65% (MO: 35%)
- αμφοτερόπλευρη εμφάνιση στο 10-15%
- το 10% των DCIS γίνονται διηθητικά στα 5 χρόνια
- τα χαμηλής διαφοροποίησης DCIS >30% γίνονται διηθητικά στα 10 χρόνια
- μετάσταση στους αδένες 1%, (comedo με μικροδιήθηση 5%)

Οι κύριες προδρομικές τυχαιοποιημένες μελέτες που έγιναν για το DCIS είναι οι κάτωθι:

- | | |
|---|-------------------------|
| • NSABP B-06 1976-1984 | Μαστεκτομή – Ουκτεκτομή |
| • NSABP B-17 1985-1990 (818 ασθενείς) | Ουκτεκτομή |
| • EORTC 10853 1986-1996 (1010 ασθενείς) | Ουκτεκτομή |
| • NSABP B-24 1991-1994 (1804 ασθενείς) | Ουκτεκτομή |
| • UKCCCR DCIS Trial 1990-1998 (1701 ασθενείς) | Ουκτεκτομή |

Η μελέτη NSABP B-06 δεν είχε σχεδιαστεί για το DCIS, έδειξε όμως ότι η Ουκτεκτομή με RT έχει τα ίδια αποτελέσματα με την μαστεκτομή. Οι άλλες μελέτες σχεδιάστηκαν για να απαντήσουν στο ερώτημα εάν είναι απαραίτητη η RT και η Ταμοξιφαίνη μετά την Ουκτεκτομή.

Επίσης και άλλες μελέτες έκλεισαν πρόσφατα και αναμένονται τα αποτελέσματα. Αυτές σχεδιάστηκαν για να ελεγχθεί κατά πόσο μπορεί να γίνει μόνο Ουκτεκτομή σε καλής διαφοροποίησης DCIS, επίσης εάν η Ταμοξιφαίνη μπορεί να αντικαταστήσει την RT μετά από Ουκτεκτομή και τέλος να ελεγχθεί η δράση της Αναστροζόλης σε σχέση με την Ταμοξιφαίνη. Αυτές οι μελέτες είναι:

- ECOG E-5194 Ουκτεκτομή σε καλής διαφορικής
- RTOG 9804 Ουκτεκτομή + RT - Ουκτεκτομή
- NSABP B-35 Ουκτεκτομή +RT+ Αναστρέψιμη
- IBIS-II Ουκτεκτομή +RT+ Αναστρέψιμη

Η θεραπεία που εφαρμόζεται σήμερα βάσει αυτών των μελετών είναι:

α. Ουκτεκτομή + RT

β. Μαστεκτομή

- Εντόπιση σε > 2 τεταρτημόρια του μαστού

- Εγχειρητικά όρια θετικά

γ. + Ταμοξιφαίνη

Η τοπική υποτροπή έχει σχέση με τα εγχειρητικά όρια και με το εάν θα γίνει συμπληρωματική RT. Αυτό έδειξε και η μελέτη των Silverstein, Lagios et al, (34th An. ASCO Meeting, 1998). Αναλυτικότερα:

■ Ουκτεκτομή + RT:

- όρια > 10 mm , υποτροπή 4%

- όρια 1-9 mm, υποτροπή 12%

- όρια <1 mm, υποτροπή 30%
- Ογκεκτομή
- όρια >10 mm, υποτροπή 3%
- όρια 1-9 mm, υποτροπή 20%
- όρια <1 mm, υποτροπή 58%

Σε DCIS το ποσοστό ανεύρεσης θετικών λεμφαδένων μασχάλης είναι στο 1%. Με τις βιοψίες του φρουρού λεμφαδένα που γίνονται στα τελευταία χρόνια, σε διάφορες μελέτες για το DCIS, βρέθηκε ότι το ποσοστό ανεύρεσης των θετικών λεμφαδένων ανέρχεται σε 3-13%. Υπάρχει η πιθανότητα λάθους ιστολογικής εξέτασης από κύτταρα και επιθήλια που μεταναστεύουν και επικάθονται στον αδένα και αναγνωρίζονται ως μετάσταση. Επίσης η μικροδιήθηση <0,2mm του λεμφαδένα λαμβάνεται υπ' όψιν αλλά δεν αξιολογείται κλινικά. Σε 10-21% με προεγχειρητική διάγνωση DCIS με Core Bx ή στην εγχειρητική Bx, βρέθηκε διηθητικός Ca. Πρέπει λοιπόν τα περισσότερα DCIS με SLN(+) να οφείλονται σε μη εμφανείς διηθητικούς Ca.

Σήμερα ενδείκνυται τα κάτωθι στην αντιμετώπιση του DCIS:

- Όχι λεμφαδενικός καθαρισμός στα αμιγή DCIS
- SLN δυνατόν να προτιμηθεί
- RT σε Ογκεκτομή με DCIS > 0,5 cm

Εγχειρητικά όρια

- >10 mm αρνητικά
- <1 mm ανεπαρκή (θετικά)

- Ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια, ER(+),

Ογκεκτομή + RT (Ελάτ. Εμφάνιση στον ίδιο και στον άλλο μαστό)

Μαστεκτομή (Ελάτ. εμφάνιση στον άλλο μαστό)

Εάν όχι υγιή τα όρια, μπορεί να γίνει συμπληρωματική εκτομή στις ασθενείς που προτιμούν την συντηρητική επέμβαση. Εάν όχι, τότε συνιστάται η απλή μαστεκτομή

Η πλήρης εκτομή πιστοποιείται με ιστολογική εξέταση των ορίων, με μαστογραφία του παρασκευάσματος και επί αμφιβολίας με μετεγχειρητική μαστογραφία.

Η επιβίωση με μαστεκτομή σε σύγκριση με Ογκεκτομή + RT είναι ίδια.

Στις ασθενείς με μαστεκτομή ή με συμπληρωματική εκτομή που ανευρίσκεται και διηθητικός Ca τότε η θεραπεία είναι όπως στα στάδια I ή II που περιλαμβάνει και τη λεμφαδενική σταδιοποίηση.

Η RT γίνεται σε όλο το μαστό + εντοπισμένη (boost) στη περιοχή του όγκου κυρίως σε ασθενείς < 50 ετών

Η σημασία των HER2/neu και p53 δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί. Η πρόγνωση του DCIS εξαρτάται από τα κάτωθι:

- Διαστάσεις όγκου, grade, ελεύθερα εγχειρητικά όρια, βαθμό έκφρασης ER και ηλικία ασθενούς.
- Η Ταμοξιφαίνη ελαττώνει τις υποτροπές (in situ και διηθητικών Ca) σε ασθενείς με ER(+) και ίσως με ER(-)
- Η RT ελαττώνει τις υποτροπές (διηθητικές και μη)
-

Η SLN θεωρείται ως πλεονάζουσα θεραπεία, εκτός από τις περιπτώσεις που δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα διηθητικού Ca:

- όταν δεν έχουν αφαιρεθεί πλήρως οι μικροαποτιτανώσεις
- όταν προγραμματίζεται μαστεκτομή λόγω εκτεταμένων μικροαποτιτανώσεις ή λόγω πολυεστιακής εντόπισης.

Συμπεράσματα:

A. LCIS

Το LCIS συνήθως είναι πολυεστιακό και με αμφοτερόπλευρη εμφάνιση και πιο συχνά ανευρίσκεται σε ηλικίες 44-46 ετών. Οι λίγες κλινικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει περίπου 7 φορές περισσότερο κίνδυνος για ανάπτυξη Ca, που τις περισσότερες φορές είναι διηθητικός πορογενές Ca.

Αυτό είναι απόδειξη ότι το LCIS είναι παράγων αυξημένου κινδύνου και όχι προστάδιο Ca. Στις θεραπευτικές επιλογές είναι η συστηματική παρακολούθηση εφ' όρου ζωής (ετησίως μαστογραφία και ανά 3-6 μήνες κλινική εξέταση) και η απλή μαστεκτομή.

Η ασθενής θα αποφασίσει μετά από συζήτηση ποια από τις θεραπείες θα επιλέξει, την παρακολούθηση ή την αμφοτερόπλευρο απλή μαστεκτομή.

Στις USA το LCIS είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνει το Gail Model Risk Assessment Tool, και επί παρουσίας του μπορεί να χορηγηθεί για προφύλαξη η Ταμοξιφαίνη για 5 χρόνια.

B. DCIS

Η συχνότητα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω αύξησης του πληθυσμιακού ελέγχου. Είναι γνωστό ότι με τη μαστεκτομή έχουμε θεραπεία στο 98%, αλλά τα καλά αποτελέσματα της ογκεκτομής σε διηθητικό Ca προκάλεσαν το ερώτημα εάν η μαστεκτομή είναι απαραίτητη σε όλες τις ασθενείς με DCIS. Μεγάλες μελέτες από NSABP και EORTC απέδειξαν τα καλά αποτελέσματα της Ογκεκτομής σε DCIS και την χρησιμότητα της RT και της Ταμοξιφαίνης.

Εν τούτοις, προβληματισμός υπάρχει για το αν η RT και η Ταμοξιφαίνη είναι απαραίτητες σε όλες τις ασθενείς. Χρειάζονται επί πλέον μελέτες για να σταδιοποιηθεί το DCIS και να βρεθεί πότε δεν είναι απαραίτητες οι πιο πάνω θεραπείες. Μέχρι στιγμής, η RT + Ταμοξιφαίνη μπορούν να γίνονται ως συμπληρωματική θεραπεία, έχοντας ότι η ωφέλεια μπορεί να είναι μικρή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ – ΕΠΙΒΙΩΣΗ – ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί πλέον την κυριότερη αιτία θανάτου των γυναικών σε πολλές χώρες. Οι αναλογίες των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και των θανάτων από αυτόν είναι 27 και 19 ανά 100. 000 αντίστοιχα. Κάθε χρόνο στην Ελλάδα , περισσότερες από 1.500 γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού αλλά από αυτές τα 2/3 περίπου επιβιώνουν πάνω από μια πενταετία. Η πιθανότητα μια Ελληνίδα να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σ' όλη τη διάρκεια της είναι 3,5 % ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα μιας Αμερικανίδας είναι 7 %. Η θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού δεν μειώθηκε καθόλου. Το γεγονός αυτό κάνει την ανάγκη του ρόλου της πρόληψης της ασθένειας.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Τα κυριότερα *επιδημιολογικά χαρακτηριστικά* του καρκίνου του μαστού είναι τα ακόλουθα :

- i) Η μεγάλη διεθνής μεταβλητότητα που παρατηρείται στη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε πολλές χώρες. Έτσι η νόσος είναι 6πλάσια στη Βόρεια Ευρώπη και Βόρεια Αμερική, παρά στην Άπω Ανατολή. Οι διαφορές αυτές αφορούν κυρίως της μεγάλης ηλικίας.
- ii) Η απουσία σχέσης της ασθένειας με το θηλασμό.
- iii) Η σαφής προστατευτική επίδραση της πρώτης ολοκληρωμένης εγκυμοσύνης και μάλιστα σε νεαρή ηλικία.
- iv) Η σχέση του καρκίνου του μαστού με την κυστική μαστοπάθεια και η πιθανή σχέση του με τον καρκίνο του ενδομητρίου και των ωοθηκών.
- v) Η προστατευτική επίδραση της πρώιμης εμμηνόπαυσης και μάλιστα εκείνης που προκαλείται μετά από χειρουργική αφαίρεση των ωοθηκών.
- vi) Η διαπιστωμένη συμβολή κληρονομικών παραγόντων.

Από τη γεωγραφική κατανομή διαπιστώνουμε μεγάλες διακυμάνσεις στην θνησιμότητα, οι οποίες κυμαίνονται από 25-30/100. 000 γυναίκες στη Μεγάλη Βρετανία, τη Δανία, τη Ολλανδία, τις Η. Π. Α. και τον Καναδά και από 3-8/100. 000 στη Ιαπωνία, το Μεξικό και τη Βενεζουέλα.

Η ηλικία κατά την οποία προσβάλλονται οι γυναίκες από τον καρκίνο του μαστού σύμφωνα με νεώτερες πληροφορίες είναι το τριακοστό έτος και άνω, χωρίς να αποκλείεται η εμφάνιση του και σε νεώτερες ηλικίες.

Το 15% των νέων προσβολών ετησίως αφορά γυναίκες κάτω των 40 ετών. Τα 2/3 των νέων περιστατικών εκδηλώνονται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών και η συχνότητα προβολής σε ΗΠΑ και Ευρώπη είναι 6 φορές μεγαλύτερη από ότι στις χώρες της Ασίας και Αφρικής.

Τα τελευταία 40 χρόνια έχει παρατηρηθεί διεθνώς αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού και ιδίως στο τέλος της δεκαετίας του '80. Από τότε η συχνότητα εμφάνισης σταθεροποιήθηκε όμως νεότερες εργασίες αναφέρουν αύξηση προσβολής σε γυναίκες κάτω των 40 ετών.

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο εμφανίζονται 4.500 νέα περιστατικά και σε πάνω από 35% των ασθενών ο καρκίνος είναι οιστρογόνο-εξαρτώμενος.

Από το παραπάνω προκύπτει η αναγκαιότητα δημιουργίας μηχανισμών έγκαιρης διάγνωσης και παρακολούθησης των γυναικών . Η έγκαιρη διάγνωση

βοηθά στην ευκολότερη αντιμετώπιση του προβλήματος. Ο καρκίνος του μαστού στα πρώιμα στάδια είναι ιάσιμος με την κατάλληλη θεραπεία .

Η επιστημονική κοινότητα αντιλαμβάνομενη εδώ και χρόνια την πολύτιμη προσφορά της πρόληψης έχει ρίξει μεγάλο βάρος των προσπαθειών της στον προληπτικό έλεγχο, γι' αυτό σε πολλές χειρουργικές κλινικές στα μεγαλύτερα νοσοκομεία του κόσμου έχουν ιδρυθεί ιατρεία μαστού σκοπός των οποίων είναι η ετήσια παρακολούθηση των γυναικών με ψηλάφηση του μαστού και παρακλινικό έλεγχο ανάλογα με την ηλικία και με τις κατευθύνσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει κατατάξει τις γυναίκες σε υψηλού και κανονικού κινδύνου ασθενείς ανάλογα με το ατομικό της αναμνηστικό. Γυναίκες αυξημένου κινδύνου είναι οι παρακάτω:

- α) γυναίκες άτεκνες άνω των 40 ετών
- β) γυναίκες που υποβάλλονται σε ορμονοθεραπεία για περισσότερο από 3 έτη
- γ) γυναίκες που η μητέρα τους ή γυναίκα πρώτου βαθμού συγγενείας έχει παρουσιάσει προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού ή αμφοτερόπλευρο καρκίνο του μαστού
- δ) γυναίκες λευκής φυλής
- ε) γυναίκες με πρόιμη εμμηναρχή (έναρξη < των 12 ετών) και όψιμη εμμηνόπαυση (τέλος μετά τα 50 έτη)
- στ) γυναίκες με καρκίνο του ενδομητρίου
- ζ) γυναίκες με ινοκυστική μαστοπάθεια (δυσπλασία των μαστών)
- η) γυναίκες με καρκίνο του μαστού στον ένα μαστό έχουν 10-15% πιθανότητα να παρουσιάσουν καρκίνο και στον άλλο μαστό.

Οι υπόλοιπες γυναίκες ανήκουν στην ομάδα συνηθισμένου κινδύνου και πρέπει να ακολουθούν άλλους κανόνες πρόληψης.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει θεσπίσει χρονοδιάγραμμα προληπτικού ελέγχου παρακολούθησης των γυναικών:

1) γυναίκες χωρίς βεβαρημένο ιστορικό

- α) 35 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχο εάν κρίνεται αναγκαίο
- β) 40-50 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο
- γ) 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο μαστών άμφω

Να σημειωθεί ότι στις δύο πρώτες κατηγορίες πρέπει η γυναίκα να επισκέπτεται το γιατρό της κάθε χρόνο και αν συντρέχει λόγος να υποβάλλεται σε έκτακτο παρακλινικό έλεγχο.

2) γυναίκες με βεβαρημένο ιστορικό (group forties)

- α) 30 ετών πρώτη μαστογραφία- ψηλάφηση- υπέρηχος αν κρίνεται αναγκαίο
- β) 35-40 ετών μαστογραφία κάθε δύο έτη- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο
- γ) 40-50 ετών μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση- υπέρηχο αν κρίνεται αναγκαίο
- δ) 50 και άνω μαστογραφία κάθε χρόνο- ψηλάφηση και υπέρηχο μαστών άμφω.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη έχει σημειώσει σταθερή αύξηση τα τελευταία 40 χρόνια. Σήμερα αποτελεί τη πιο συνήθη μορφή κακοήθειας στις γυναίκες στην Ευρώπη, Αυστραλία, Ασία Βόρεια Αμερική και στο μεγαλύτερο μέρος της Λατινικής Αμερικής¹. Στις χώρες αυτές σύμφωνα με πρόσφατες μετρήσεις, οι γυναίκες κινδυνεύουν να αναπτύξουν τη νόσο στη ζωή του σε αναλογία 1 στις 12, αν και σε κάποιες κοινωνίες ο κίνδυνος αυξάνεται σε 1 στις 8. Προβλέπεται ότι μέχρι το 2000, ο ετήσιος αριθμός νέων διαγνωσμένων περιπτώσεων θα είναι 1,1-1,4 εκατομμύρια.

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα η Θνησιμότητα της νόσου είναι πολύ μικρότερη σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές και βορειοαμερικανικές χώρες. Το ίδιο συμβαίνει και με τη συχνότητα. Στην πλειονότητα των χωρών η αργή αλλά σταθερή αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο του μαστού αποδίδεται στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Ο καρκίνος του μαστού δεν εμφανίζεται συχνά σε ηλικία κάτω των 25 ετών ενώ η συχνότητα του αυξάνεται σταθερά φθάνοντας στο αποκορύφωμα στις μεγάλες ηλικίες. Η νόσος αυτή αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου σε γυναίκες ηλικίας 35-54 ετών. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου του μαστού είναι μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές και στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις.

Ο Κληρονομικός Καρκίνος του Μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών.(1) Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου.(2)

Μια σημαντική ανακάλυψη στη γενετική βάση του καρκίνου ήταν η ανακάλυψη το 1997 των ογκοκατασταλατικών γονιδίων BRCA1 στο χρωμόσωμα 17 και BRCA2 στο χρωμόσωμα 13, η μετάλλαξη των οποίων ενοχοποιείται για τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού. Το 52% του κληρονομικού καρκίνου του μαστού οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA1, το 32% οφείλεται σε μετάλλαξη στο ογκογονίδιο BRCA2 ενώ ένα ποσοστό 16% οφείλεται σε άγνωστα μέχρι στιγμής γονίδια.(3)

Οι γυναίκες που φέρουν το ογκογονίδιο BRCA1 έχουν 50-85% πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού μέχρι την ηλικία των 70 ετών, σε ποσοστό 40-60% ο καρκίνος μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρος, το 50% εμφανίζεται σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών, ενώ έχουν και προδιάθεση για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών σε ποσοστό έως 60%.(1)

Η παρουσία ελαττωματικού ογκογονιδίου BRCA2, για το οποίο έχουν αναγνωρισθεί πάνω από 300 μεταλλάξεις, σχετίζεται με πιθανότητα 50-85% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στις γυναίκες μέχρι την ηλικία των 70 ετών ενώ παρατηρείται κίνδυνος 6% εμφάνισης καρκίνου του μαστού στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών, ένα ποσοστό 100 φορές μεγαλύτερο από το συνήθη κίνδυνο καρκίνου του μαστού στους άνδρες.(1)

Κληρονομική εμφάνιση καρκίνου του μαστού έχει παρατηρηθεί και σε ορισμένα γνωστά κληρονομούμενα σύνδρομα όπως στο σύνδρομο Li-Fraumeni, στη νόσο Cowden και στην αταξία-τελαγγειεκτασία.(2)

Το σύνδρομο Li-Fraumeni χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση σαρκώματος, καρκίνου του μαστού και όγκων του εγκεφάλου καθώς και από καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα, λευχαιμία και καρκίνο των επινεφριδίων. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα και προκαλείται από μετάλλαξη στο γονίδιο της p53 που είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη διάφορων καρκίνων λόγω της πλειοτροπικής του επίδρασης.(2)

Στη νόσο Cowden, που κληρονομείται με τον αυτοσωματικό κυρίαρχο χαρακτήρα, παρατηρείται εμφάνιση πολλαπλών δερματικών οζιδίων κυρίως στο πρόσωπο, στη ραχιαία και κοιλιακή επιφάνεια των χεριών, στα πόδια και στα

αντιβράχια καθώς και εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε ποσοστό 30% των γυναικών με τη νόσο με το 1/3 αυτών να έχει αμφοτερόπλευρη εντόπιση.(2)

Μια μετάλλαξη σε ένα γονίδιο στο χρωμόσωμα 11q θεωρείται υπεύθυνη για μια σπάνια νευρολογική διαταραχή, αταξία-τελαγγειεκτασία, της παιδικής ηλικίας. Χαρακτηρίζεται από προϊούσα παρεγκεφαλιδική και νευροκινητική αταξία, τελαγγειεκτασίες του επιπεφυκότα και του δέρματος του προσώπου, ανοσοανεπάρκεια, διαταραχές της ανάπτυξης, υπερευαισθησία στην ιονίζουσα ακτινοβολία και εμφάνιση καρκίνου σε διάφορες θέσεις. Κληρονομείται με τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο χαρακτήρα και οι γυναίκες φορείς έχουν πενταπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε σχέση το γενικό πληθυσμό.(2)

Στο ερώτημα εάν ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού έχει ιδιαίτερα ιστολογικά ή επιμέρους βιολογικά χαρακτηριστικά που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν στους θεραπευτικούς χειρισμούς, η μέχρι σήμερα έρευνα έχει δείξει ότι πρόκειται για όγκους υψηλής κακοήθειας με Ca II-III, η έκφραση του *cerb-B2* βρίσκεται σε μικρότερη συχνότητα, θετικοί ορμονικοί υποδοχείς (ER και PR) απαντούν σε μικρό ποσοστό σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1 (30%) και σε υψηλό (93-100%) σε ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA2, είναι συχνή η ανεύρεση εκτεταμένου μη διηθητικού στοιχείου στην περιφέρεια, παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την πιθανότητα της τοπικής υποτροπής σε συντηρητικές επεμβάσεις διατήρησης του μαστού και τέλος υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ανεύρεσης μεταλλάξεων της p53 (κυρίως στις ασθενείς με μετάλλαξη στο BRCA1) που αποτελεί κακό προγνωστικό παράγοντα.(1)

Πότε όμως μια γυναίκα πρέπει να υποβάλλεται σε γονιδιακό έλεγχο, δεδομένου ότι δεν αποτελεί μέσο μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου, αλλά και ποια η κλινική εφαρμογή της γνώσης που προσφέρει η ύπαρξη μεταλλάξεων στα ογκογονίδια BRCA1 και BRCA2.

Καταρχήν σε γονιδιακό έλεγχο πρέπει να υποβάλλονται, εφόσον το επιθυμούν οι εξής κατηγορίες γυναικών:

- Γυναίκες που έχουν τουλάχιστον δύο συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών
- Γυναίκες με συγγενή 1ου βαθμού στην οποία έχει βρεθεί μετάλλαξη σε ένα από τα δύο ογκογονίδια
- Ασθενείς που αναπτύσσουν καρκίνο των ωοθηκών σε ηλικία κάτω των 30 ετών(1)

Στις γυναίκες αυτές, εφόσον εντοπισθεί μετάλλαξη, μπαίνει το πρόβλημα της προφυλακτικής αντιμετώπισης, το οποίο θα πρέπει να το χειρισθεί ομάδα εξειδικευμένων ιατρών, συμπεριλαμβανομένου ψυχιάτρου ή ψυχολόγου και γενετιστή, ο οποίος με την ενεργό συμμετοχή της γυναίκας, θα εξηγήσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, το πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του γενετικού ελέγχου καθώς και το προσωπικό της όφελος από μια προφυλακτική επέμβαση.

Η εντατική παρακολούθηση με κλινική εξέταση και υπερηχογράφημα μαστών ανά 6 μήνες, μαστογραφία και μαγνητική τομογραφία μαστών ανά έτος, ίσως να μην είναι αρκετή για αυτές τις γυναίκες, οπότε εναλλακτικές προτάσεις όπως η προφυλακτική αμφοτερόπλευρη μαστεκτομή, η φαρμακευτική προφύλαξη και η ωοθηκεκτομή, θα πρέπει να συζητηθούν.(1)

Η αμφοτερόπλευρη απλή μαστεκτομή με ή χωρίς σύγχρονη αποκατάσταση αποτελεί τη ριζικότερη και ασφαλέστερη λύση. Η υποδόρια μαστεκτομή με διατήρηση της θηλής και της θηλαίας άλω, αν και έχει καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα και γίνεται ευκολότερα αποδεκτή από τη γυναίκα, αφήνει τουλάχιστον 10% του μαζικού αδένος κάτω από τη θηλή, άρα παραμένει αρκετή πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου.(1)

Η φαρμακευτική προφύλαξη βασίζεται στη γνώση της ελάττωσης του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου του άλλου μαστού, σε ασθενείς που λαμβάνουν θεραπεία με ταμοξιφένη για την ανάπτυξη ενός ορμονοευαίσθητου όγκου στο παρελθόν. Υπάρχουν όμως ορισμένες επιφυλάξεις για τις γνωστές παρενέργειες του φαρμάκου όπως θρομβοεμβολικά επεισόδια και κυρίως με την αύξηση της πιθανότητας ανάπτυξης καρκίνου του ενδομητρίου.(1)

Η ωοθηκεκτομή σε νέες γυναίκες έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση των κυκλοφορούντων οιστρογόνων, οδηγώντας πρόωρα σε εμμηνόπαυση. Η επιλογή αυτή, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού και προφυλάσσει πλήρως από την ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών. Βεβαίως αποτελεί δύσκολη επιλογή για μια νέα γυναίκα λόγω των προβλημάτων που δημιουργεί στον οικογενειακό προγραμματισμό της αλλά και για τις γενικότερες οργανικές επιπτώσεις για τις οποίες είναι υπεύθυνη.(1)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Όπως συμβαίνει και με την πλειονότητα των κακοήθων όγκων, η αιτιολογία του καρκίνου του μαστού δεν έχει γίνει κατανοήτη μέχρι σήμερα. Είναι μέχρι σήμερα. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πολυπαραγοντική και αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου για ορισμένες ηλικίες γυναικών.

Τα τελευταία χρόνια πολλές κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες συνέβαλαν στην ταυτοποίηση διαφόρων μεταβλητών που σχετίζονται, είτε σαν αιτιολογικοί παράγοντες είτε σαν δυνητικοί αιτιολογικοί παράγοντες με τον καρκίνο τότε μαστού. Η αιτιολογική σχέση στην επιδημιολογία θα μπορούσε να οριστεί σαν η σχέση μεταξύ ενός παράγοντα και ενός νοσήματος κατά την οποία η προσθήκη, η απομάκρυνση ή η μεταβολή της έντασης του παράγοντα ακολουθηθεί από μεταβολή της συχνότητας ή της πιθανότητας του νοσήματος. Κάθε παράγοντας που σχετίζεται στατιστικά με ένα νόσημα ονοματίζεται παράγοντας κίνδυνου για το νόσημα αυτό, ανεξάρτητα αν η συσχέτιση είναι αιτιολογική ή δευτερογενής πλασματική.

Παρόλο ότι γενετικοί, προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον καρκίνο του μαστού, κανένας άλλος δεν είναι προφητικός παράγοντας ούτε εξηγεί το μηχανισμό της νόσου.

Γενετικοί παράγοντες.

Κληρονομικότητα. Η σχέση της κληρονομικότητας με τον καρκίνο του μαστού είναι διαπιστωμένη και άφορα συγγενείς πρώτου βαθμού. Ο κληρονομικός καρκίνος του μαστού αποτελεί το 7-10% του συνόλου των καρκίνων του μαστού και το 25-40% εκείνων που εμφανίζονται σε ηλικία κάτω των 35 ετών. Συχνά εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία, έχει αμφοτερόπλευρη εμφάνιση σε ποσοστό 20-40% και συνήθως υπάρχουν δύο ή περισσότεροι συγγενείς 1ου βαθμού με καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, δηλαδή υπάρχει ένα πρότυπο κληρονομικότητας αυτοματικού κυρίαρχου τύπου. Διαπιστώθηκε η εμφάνιση καρκίνου του μαστού σε δίδυμες αδελφές, στην ίδια ηλικία, στον ίδιο μαστό και στο ίδιο τεταρτημόριο του.

Φύλο. Το φύλο αποτελεί Ανάν από τους σπουδαιότερους παράγοντες κίνδυνου, αφού οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες. Η σχέση προσβολής από καρκίνο του μαστού μεταξύ των δυο φύλων είναι 99/1.

Ηλικία. Η ηλικία της γυναίκας παίζει όλου σημαντικό ρόλο την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Κάτω των 25 ετών, η νόσος είναι είναι πολύ σπάνια 0,2% να αναπτύσσουν καρκίνο του μαστού. Συνήθως σαίτα την ηλικία οι γυναίκες αναπτύσσουν καλοήθεις όγκους όπως ινοαδενώματα και σπάνια θαύματα.

Ο καρκίνος του μαστού γίνεται κάπως συχνότερος μεταξύ 25-30 ετών. Μετά την ηλικία των 30, η νόσος αυξάνεται απότομα σε συχνότητα και εξακολουθεί να αυξάνεται κατά την πάροδο της ηλικίας. Στην Ελλάδα, την Ιαπωνία και την Πολωνία όπου οι δείκτες επίπτωσης είναι πολύ χαμηλότεροι από ότι σε άλλες χώρες υψηλότερου κίνδυνου παραδείγματος χάρη Αμερική, πέφτουν μετά την εμμηνόπαυση.

Αν και η πιθανότητα ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας στις γυναίκες των Δυτικών Χώρων, ο πραγματικός αριθμός ασθενών που προσέρχονται με τη νόσο μειώνεται μετά την ηλικία των 60 ετών. Αυτό το παράδοξο εξηγείται από το γεγονός ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες ασθενούν από άλλες ασθένειες και έτσι μένουν λιγότερες στη ζωή εκτεθειμένες στη νόσο.

Ιδιοσυστατικοί παράγοντες

Ηλικία εμμηναρχής και εμμηνόπαυσης. Η πρόωμη αμμηναρχία και η καθυστερημένη εμμηνόπαυση διαπιστώθηκαν συμβάλλουν στις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Οι γυναίκες που έχουν εμμηνορρυσία πάνω από 40 χρονιά έχουν πολύ μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.

Γάμος και τεκνοποίηση. Παράγοντας κίνδυνου αποτελεί η πρώτη πλήρης κύηση μετά τα 30. Αντίθετα, η πρώτη τελειομανή κύηση σε νεαρή ηλικία και η τεχνίτη πρόωμη εμμηνόπαυση αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες. Η πολυτεκνία φαίνεται ότι είναι τι καλύτερο προστατευτικό παράγοντα. Η ατεκνία φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού

Επισημαίνεται ότι δυνατή κατά 3^ο% μείωση της επίπτωσης καρκίνου του μαστού σένα πληθυσμό, αν μειωθεί η ηλικία της πρώτης τελειομανής κύησης κατά 5 χροιά.

Η ωοθηκεκτομή κοντά στη εμμηνόπαυση και μάλιστα στις γυναίκες ουδέν απόκτησαν έχει απόδειξη ότι είναι σωτηρία.

Θηλασμός . Ο θηλασμός προστατεύει τη γυναίκα Νάπο καρκίνο του μαστού. Όμως από πρόσφατες έρευνες έχει αποδειχθεί ότι ο θάλαμος δε παίζει κανένα ρολό ούτε προστατευτικό άλλα ούτε επιβαρυντικό.

Ορμονικοί παράγοντες

Όπως έχει αναφερθεί η ωοθηκεκτομή προ τα 40 χρονιά της γυναίκας ελαύνει το κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Έτσι πιστεύεται ότι η επίδραση των ορμονών αξίζουν σημαντικό ρολό .

Προγεστερόνη . Στους μαστούς η προγεστερόνη, σε μικρές δόσεις, προκαλεί την ανάπτυξη των αδενοκυψελών και σε μεγάλες , έκκριση που μοιάζει με πύαρ. Ως συνήθως προάγει τη καρκινογένεση.

Οιστρογόνα. Η βιολογική δράση των οιστρογόνων ορμονών αφορά περισσότερο στο γεννητικό σύστημα και στους ιστούς, που κάνουν την γυναίκα να ξεχωρίζει από τον άνδρα. Ανάμεσα σ' αυτούς είναι και οι μαστοί των οποίων προκαλούν ανάπτυξη όλων των στοιχείων τους και ιδιαίτερα των γαλακτοφόρων πόρων . Με την πάροδο της ηλικίας η επίδραση των οιστρογόνων ελαττώνεται γιατί ελαττώνονται οι οιστρογονικοί υποδοχείς του μαστικού αδένα. Οι οιστρογόνες ορμόνες συνδέονται έμμεσα με τους μαστούς με την έκκριση της προλακτίνης .

Η οίστρων κα η οιστραδιόλη προάγουν το ακρινό του μαστού ενώ η οιστραδιόλη μειώνει τον κίνδυνο.

Προλακτίνη . Με επιδημιολογικές μελέτες , έχει βρεθεί ότι ότι οι κόρες Παρθενώνα καρκίνο του μαστού έχουν υψηλέ επίπεδα προλακτίνης

Άλλοι Παράγοντες

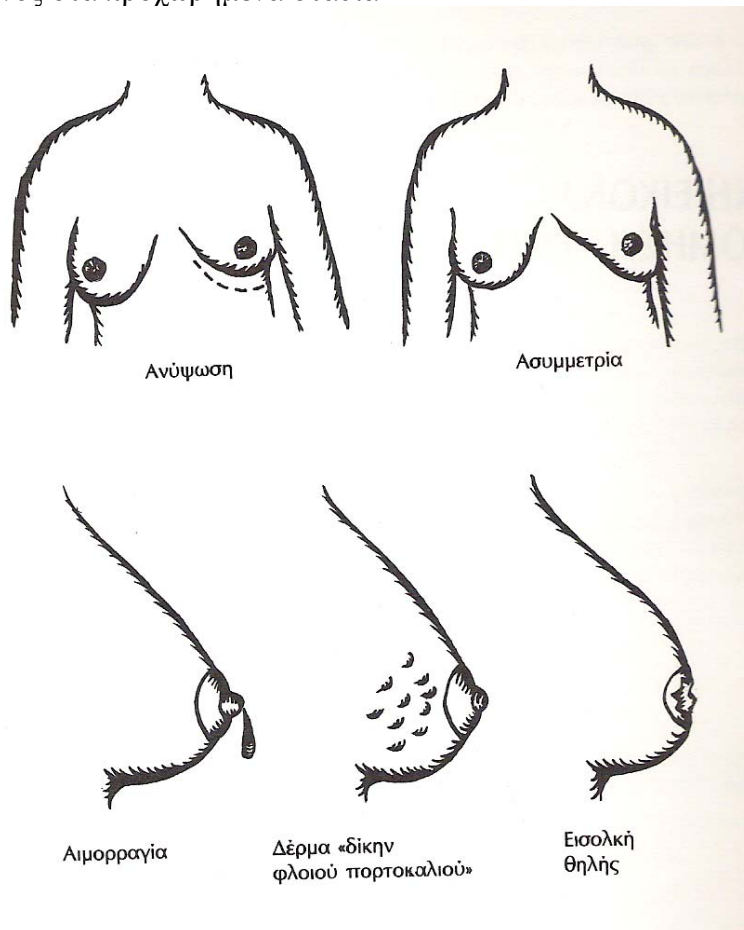
- Οι γυναίκες που έχουν άγχος και περνούν φάρμακα με την ουσία της ρεζερπίνη θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου στην εμφάνιση της ασθένειας.
- Οι γυναίκες που ζουν σε αστικές περιοχές έναντι αυτών των αγροτικών.
- Γυναίκες που εκτεθήκαν σε ακτινοβολία σε νεαρή ηλικία είναι σε μαδά υψηλού κινδύνου.
- Διαιτητικοί παράγοντες . Οι παχύσαρκες γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο του μαστού. Το ζωικό λίπος αυξάνει την αδροστενδιονη σε οίστρων και αυξάνει την απελευθέρωση προλακτίνης έπι την υπόφυση.
- Η κατάχρηση οينوπνεύματος φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού από ότι φαίνεται σε έρευνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ- ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ-ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Πολλές φορές, τυχαία ή κατά την ψηλάφηση, μπορεί να διαπιστωθεί κηρία στο μαστό κινητή ή ακίνητη. Αμα δεν πάει η γυναίκα αμέσως στο γιατρό ο όγκος μεγαλώνει και διηθεί τους γύρω ιστούς. Ο όγκος τότε γίνεται ακίνητος, ανώμαλος κατά την ψηλάφηση, το δέρμα παίρνει τη μορφή πορτοκαλιού και γίνεται εισολκη της θηλής. Συγκεκριμένα η εξέταση του μαστού μπορεί να δείξει (εικ. 7.1) :

- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση
- Ανώδυνο, σκληρό μη κινητό ογκίδιο
- Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα. Η επιφάνεια του δέρματος μοιάζει με φλοιό από πορτοκαλιού
- Ασυμμετρία και ανύψωση του πάσχοντος μαστού
- Εισολκή δέρματος πάνω στη μάζα
- Εισολκη της θηλής
- Ορώδη ή αιματηρή έκκριση θηλής
- Ακινητοποίηση μαστού και διόγκωση των μασχαλιαίων αδένων
- Εξέλκωση κατά το μαστό
- Πόνος στα προχωρημένα στάδια



εικ. 7.1

Σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού

Λέγοντας σταδιοποίηση του καρκίνου του μαστού, εννοούμε του ευρύτερο προσδιορισμό της νόσου σε σχέση με την έκτασή της. Όταν κατά τη σταδιοποίηση γίνεται συστηματική διερεύνηση του όγκου με κλινική και παθολογοανατομική εξέταση, της προσβολής από λεμφαδένες και την ύπαρξη μεταστάσεων τότε χρησιμοποιείται το σύστημα TNM για τη σταδιοποίηση

T = Πρωτοπαθής όγκος

N = Επιχώρια λεμφαδενοπαθεια

M = Μετάσταση

Σκοπός της σταδιοποίησης

- Να βοηθήσει τον κλινικό στο σχεδιασμό της θεραπείας
- Να δώσει κάποια ένδειξη πρόγνωσης
- Να βοηθήσει στο τρόπο του σχεδιασμού της θεραπείας
- Να διευκολύνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ κέντρων θεραπείας
- Να προσφέρει στη συνεχή ερευνά του καρκίνου

<u>ΣΤΑΔΙΑ</u>	<u>5ετής ΕΠΙΒΙΩΣΗ</u>
<u>Στάδιο I:</u> Όγκος < 2cm διάμετρος χωρίς μεταστατικές διηθήσεις στους μασχαλιαίους λεμφαδένες και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	85%
<u>Στάδιο II:</u> Όγκος < 5cm λεμφαδένες μη ψηλαφητοί ή ψηλαφητοί ευκίνητοι και χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	66%
<u>Στάδιο III:</u> Όγκος > 5cm ή οποιουδήποτε μεγέθους με ή χωρίς επινέμηση στο δέρμα, ψηλαφητοί λεμφαδένες καθηλωμένοι στο θωρακικό τοίχωμα, υπερκλείδιοι λεμφαδένες, χωρίς απομακρυσμένες μεταστάσεις	41%
<u>Στάδιο IV:</u> Απομακρυσμένες μεταστάσεις ήπαρ, πνεύμονες, οστά έτερος μαστός	10%

Ιστολογική Σταδιοποίηση όσον αφορά λεμφαδένες:

<u>Στάδια</u>	<u>5ετής επιβίωση</u>	<u>10ετής επιβίωση</u>
Αρνητικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	63%	46%
1-3 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	62%	38%
>4 θετικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες	32%	13%

Πρόγνωση του καρκίνου του μαστού

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού έχει βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών και μάλιστα ανεξάρτητα από το στάδιο της νόσου. Τόσο η διάρκεια όσο και η ποιότητα της ζωής τους έχει βελτιωθεί.

Ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία παρουσιάζουν επιβίωση σε ποσοστό 50% και είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το ποσοστό αυτό παραμένει σταθερό κατά τα τελευταία χρόνια και είναι περίπου ίδιο σε διάφορες χώρες. Επίσης, ένα ποσοστό καρκινοπαθών μπορεί να επιζήσει για 5 ή 10 χρόνια χωρίς θεραπεία.

Η πρόγνωση για την ασθενή εξαρτάται και τίθεται από ομάδα γιατρών, η οποία εξετάζει για πρώτη φορά και παίρνει την πρώτη βασική απόφαση. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος ή όχι. Αν ο καρκίνος του μαστού είναι χειρουργήσιμος η ασθενής έχει την πιθανότητα να θεραπευθεί, ενώ αν δεν είναι, όχι.

Τοπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόγνωση

- Τοπική έκταση του όγκου
- Καθήλωση του όγκου
- Οίδημα
- Φλεγμονή και εξέλκωση δέρματος
- Παρουσία δορυφόρων οζιδίων
- Σημαντική διαφορά θερμοκρασίας μεταξύ καρκινώματος και φυσιολογικού μαστού
- Γεωγραφική θέση μαστού
- Προσβολή της θηλής

Γενικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη πρόγνωση .

- Παρουσία απομακρυσμένων μεταστάσεων
- Ρυθμός αύξησης του όγκου
- Απάντηση στη θεραπευτική αγωγή
- Αντίσταση του οργανισμού και βιολογικοί δείκτες. Τέτοιοι θεωρούνται το καρκινοενζυμικό αντιγόνο CEA<5 Mg/ml, το CA 125<35 U/ml, το CA 15.3<30 U/ml
- Εμφάνιση καρκίνου και στους δυο μαστούς

Άντρες με καρκίνο του μαστού έχουν πάντοτε προσβεβλημένους μασχαλιαίους λεμφαδένες κατά την πρώτη επίσκεψη στο γιατρό. Αυτός κυρίως είναι ο λόγος για τον οποίο η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στον άντρα είναι πολύ βαρύτερη από την πρόγνωση του καρκίνου του μαστού στη γυναίκα.

Στην πρόγνωση του καρκίνου του μαστού υπάρχουν παράγοντες των οποίων η σημασία είναι σημαντική ή αμφιλεγόμενη. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Ηλικία της γυναίκας
- Προφυλακτική στείρωση
- Κύηση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού.

Από πολύ πρόσφατα στατιστικά στοιχεία (2002), γνωρίζουμε ότι ο καρκίνος του μαστού προσβάλλει στις Η.Π.Α. μία στις οκτώ γυναίκες και στη Δυτική Ευρώπη μία στις εννέα γυναίκες. Στις γυναίκες ηλικίας 15-45 ετών αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ όλων των τύπων καρκίνου. Επιδημιολογικά στοιχεία επίσης δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθ'αυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, αν αναλογιστεί κανείς ότι ο καρκίνος του μαστού είναι πιο συχνός σε μια ηλικία που και άλλοι παράγοντες (πχ. εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση) επιδρούν αρνητικά στην αίσθηση θηλυκότητας και ελκυστικότητας που αισθάνονται και νιώθουν οι γυναίκες.

Και ενώ γνωρίζουμε πως γυναίκες σε ολόκληρο τον κόσμο εκτίθενται στον κίνδυνο να αναπτύξουν σε κάποια στιγμή της ζωής τους καρκίνο μαστού, δυστυχώς δε γνωρίζουμε αρκετά ώστε να κάνουμε πραγματική πρόληψη. **Πρόληψη σημαίνει πως μπορούμε να λάβουμε μέτρα ώστε να αποφύγουμε τη δημιουργία του καρκίνου.** Παράλληλα με την προσπάθεια για πρόληψη που καταβάλλεται διεθνώς και κυρίως εν αναμονή των εξελίξεων στην έρευνα του ανθρώπινου γονιδιώματος, η βασική προσπάθεια που γίνεται σήμερα έγκειται στο να ανακαλυφθεί ο καρκίνος σε όσο το δυνατόν πιο πρώιμο στάδιο, οπότε και η αρχική αντιμετώπιση συνεπάγεται έως και πλήρη ίαση, δηλαδή βελτίωση της πρόγνωσης.

Συνεπώς χρειαζόμαστε μια μέθοδο η οποία θα ανιχνεύει τη νόσο σε πολύ αρχικά στάδια , ίσως και σε στάδια που ο όγκος αποτελείται από λίγα μόλις κύτταρα.

Στα παρακάτω σημεία συνοψίζονται οι (θεωρητικές) προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληροί μια μέθοδος ελέγχου του πληθυσμού (screening) για πρώιμη ανίχνευση του καρκίνου:

- ◆ Η μέθοδος πρέπει να μπορεί να ανακαλύψει έναν καρκίνο σε τόσο πρώιμο στάδιο, ώστε η θεραπεία να επηρεάσει την εξέλιξη της νόσου
- ◆ Πρέπει να έχει μικρό αριθμό ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων (περιπτώσεις δηλαδή που υπάρχει νόσος αλλά η μέθοδος δεν μπορεί να τις ανακαλύψει) ώστε μόνο πολύ μικρό ποσοστό ατόμων με πρόβλημα να διαφεύγει (καμία μέθοδος δεν είναι αλάνθαστη!)
- ◆ Επίσης χαμηλό πρέπει να είναι το ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων (όταν δεν υπάρχει πρόβλημα αλλά η μέθοδος μας δίνει ένδειξη νόσου) ώστε να αποφεύγεται άσκοπη ταλαιπωρία του ασθενούς (που σε αυτήν την περίπτωση δεν είναι τελικά ασθενής!!)
- ◆ Η μέθοδος δεν θα πρέπει να έχει παρενέργειες

- Η μέθοδος θα πρέπει να μπορεί να επαναληφθεί και να δώσει ίδια αποτελέσματα ακόμα και αν τα εκτιμήσει άλλος γιατρός
- Η μέθοδος θα πρέπει να είναι φθηνή, και
- Θα πρέπει να είναι δυνατός ο έλεγχος μεγάλων ομάδων του πληθυσμού

Πρωτογενής πρόληψη

Ο σκοπός της πρωτογενούς πρόληψης είναι να εντοπίσει τους παράγοντες που προκαλούν καρκίνο στον άνθρωπο και να προστατεύσει τον πληθυσμό από την έκθεσή του σε αυτούς. Σε μερικές περιπτώσεις είναι εφικτοί η ολοκληρωτική αποφυγή τους, όπως είναι το κάπνισμα, ενώ σε άλλες, όπως είναι η υπερϊώδης ηλιακή ακτινοβολία, μπορεί να επιτευχθεί περιορισμός της έκθεσης στον βλαπτικό παράγοντα.

Κάπνισμα : Η χρήση του καπνού είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας του ανθρώπου, από αυτά που θα μπορούσαν να προληφθούν. Οι καρκινικές βλάβες και οι θάνατοι, επέρχονται συνήθως μετά την πάροδο 10-30 ετών, με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτό το κάπνισμα σαν άμεσος κίνδυνος για τη ζωή του, από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Οι πολιτικές όλων των εθνικών οργανισμών κατά του καρκίνου, εστιάζονται στη προσπάθεια μείωσης την κατανάλωσης προϊόντων καπνού, γεγονός, όμως, που δυσχεραίνεται από την τεράστια οικονομική και πολιτική επιρροή της παγκόσμιας βιομηχανίας καπνού. Ανησυχητικά σημάδια της πρόληψης στον τομέα του καπνού, είναι ότι, παρά τις σημαντικές προσπάθειες που γίνονται, παρατηρείται μεγάλη αύξηση του καπνίσματος σε δύο μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες, που είναι από τη μία πλευρά οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο και από την άλλη οι κάτοικοι των χωρών του Τρίτου Κόσμου.

Διατροφή και δίαιτα: Τα παχύσαρκα άτομα έχουν αυξημένο κίνδυνο προσβολής από ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως είναι όγκοι στο μαστό, το παχύ έντερο, τον προστάτη, τις ωθήκες και τη μήτρα. Οι προσπάθειες για την πρόληψη του καρκίνου, όσον αφορά τη διατροφή, επικεντρώνονται στην υιοθέτηση συγκεκριμένων διαιτητικών συνηθειών, όπως:

- Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες
- Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης ζωικού λίπους
- Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε βιταμίνες Α και C
- Η αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος
- Η αποφυγή της παχυσαρκίας
- Η μείωση της κατανάλωσης καπνιστών και παστών προϊόντων

Γενετικοί παράγοντες: Σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις για γενετική προδιάθεση κάποιου ατόμου, όσον αφορά στον καρκίνο, θα μπορούσαν να ληφθούν μερικά μέτρα, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος προσβολής από τη νόσο όπως είναι:

- Ελάττωση ή αποφυγή της επαφής με τους βλαπτικούς παράγοντες
- Άμεση ιατρική διερεύνηση οποιουδήποτε πρώιμου σημάδιου που μπορεί να σχετίζεται με τη νόσο
- Πραγματοποίηση τακτικών check up
- Λήψη κατάλληλων οδηγιών από ιατρεία συμβουλευτικής γενετικής

Επαγγελματική έκθεση: οι όγκοι που αναπτύσσονται λόγω έκθεσης σε ουσίες ή παράγοντες που απαντώνται στους επαγγελματικούς χώρους, αποτελούν περίπου το 5% των περιπτώσεων καρκινογένεσης. Σε πιθανή ύπαρξη τέτοιων παραγόντων, θα πρέπει να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης, όπως είναι στολές, γάντια, μάσκες κτλ. Μερικοί γνωστοί βλαπτικοί παράγοντες είναι η ιονίζουσα ακτινοβολία, ο αμίαντος, το βενζόλιο, το χλωριούχο βινύλιο, οι ενώσεις του

αρσενικού, του ουρανίου, του νικελίου, του χρωμίου, οι αναθυμιάσεις από λάστιχο και χλωρίνη, αλλά και η σκόνη από βαμβάκι και κάρβουνο.

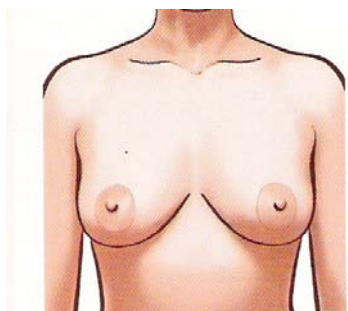
Προληπτικές εξετάσεις: Εδώ ανήκει η αυτοεξέταση μαστού και η κλινική εξέταση του μαστού. Η εκτέλεση αυτών των εξετάσεων έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να οδηγήσει στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου και έτσι να αύξηση τις πιθανότητες επιτυχούς έκβασης της θεραπείας.

Αυτοεξέταση μαστού.

Το γεγονός ότι τους περισσότερους καρκίνους σε ποσοστό δηλαδή 90% τους ανακαλύπτουν οι ίδιες οι γυναίκες (ωστόσο τις περισσότερες φορές σε προχωρημένο στάδιο) καθιστά επιτακτική την ανάγκη να γίνει συνείδηση σε όλες τις γυναίκες ότι πρέπει να ψηλαφούν το μαστό τους 1 φορά τουλάχιστον το μήνα. Η αυτοεξέταση μαστού συνίσταται σε όλες τις γυναίκες άνω των 20 ετών. Η εξέταση πρέπει να γίνεται 8-12 ημέρες μετά το τέλος της εμμηνου ρύσεως (περιόδου), ακριβώς γιατί τότε το στήθος είναι ανενεργό από ορμόνες ή την πρώτη μέρα κάθε μήνα εάν βρίσκεστε στην εμμηνόπαυση ή σε κατάσταση εγκυμοσύνης.

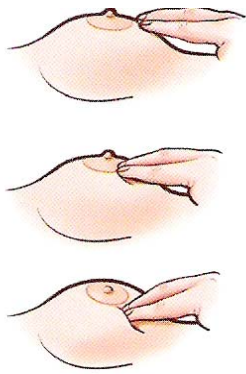
Διαδικασία αυτοεξέτασης

- Σταθείτε μπροστά στον καθρέπτη με τα χέρια κάτω και παρατηρήστε προσεκτικά τους μαστούς σας για (εικόνα α):
 - αλλαγές στο μέγεθος και των δύο μαστών
 - αλλαγές στις θηλές
 - αιμορραγία ή ροή υγρού από τις θηλές
 - ασυνήθιστο βαθούλωμα ή ρυτίδωση στο μαστό ή τη θηλή
 - φλέβες που πετάνε περισσότερο απ' ό,τι συνήθως.
 - γενικότερα αλλαγές στο δέρμα των μαστών και των θηλών

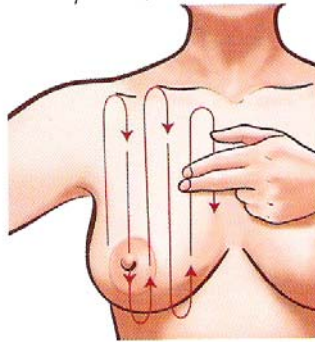


(εικόνα α)

- Σηκώστε τα χέρια πάνω από το κεφάλι και ελέγξτε για την παρουσία των ίδιων ανωμαλιών. Μεγάλη σημασία έχει οποιαδήποτε ανωμαλία παρατηρείται μόνο στον ένα μαστό.
- Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται τόσο σε όρθια (εικόνα γ) όσο και σε κατακεκλιμένη θέση (εικόνα β) με την άκρη των δακτύλων τα οποία πρέπει να είναι ενωμένα. Χρησιμοποιήστε ένα ελαιώδες διάλυμα ή κρέμα προκειμένου τα δάκτυλα να γλιστρούν πάνω στο δέρμα. Με το δεξί χέρι ψηλαφίστε τον αριστερό μαστό και με το αριστερό χέρι το δεξί μαστό.

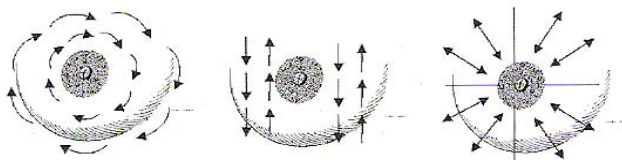


(εικόνα β)



(εικόνα γ)

- Ξεκινήστε την ψηλάφηση από ένα σημείο χρησιμοποιώντας έναν από τους τρεις τρόπους του σχήματος (εικόνα δ) και ακολουθώντας την κυκλική πορεία των δεικτών του ρολογιού, ψηλαφίστε όλο το μαστό. Στόχος είναι να διαπιστώσετε την παρουσία ογκιδίου στο μαστό.



(εικόνα δ)

- Πιέστε τη θηλή (όχι πολύ δυνατά) και προσπαθήστε να διαπιστώσετε εάν υπάρχει έκκριση υγρού κυρίως αιμορραγικού.

Εξέταση του μαστού από τον ιατρό :

Προσεκτική κλινική εξέταση και η λεπτομερής λήψη του ιστορικού είναι το βασικότερο στοιχείο της διάγνωσης. Συνήθως η εξέταση του μαστού πραγματοποιείται κατά την εξέταση του θώρακα. Σε ασυμπτωματικές γυναίκες πρέπει να αποφασίζετε αν θα συμπεριλάβετε την πλήρη εξέταση του μαστού στη συνήθη εξέταση. Οι άνδρες γιατροί πρέπει πάντοτε να φροντίζουν για την παρουσία νοσηλεύτριας ή συνοδού. Σκοπός της εξέτασης είναι να ελέγξουμε αν υπάρχουν ογκίδια στο μαστό και είναι σκόπιμο να συνιστάται η πλήρης τυπική εξέταση του μαστού σε ασυμπτωματικές γυναίκες ηλικίας πάνω από 40 χρονών. Πριν εξεταστεί η ασθενής ,πρέπει να ενημερωθεί από το γιατρό, πως η γενική εξέταση θώρακα προσφέρει μια καλή ευκαιρία για τον έλεγχο των μαστών για πιθανά ογκίδια. Επίσης ο γιατρός δε πρέπει να λησμονεί να ενημερώσει την ασθενή για τα ευρήματά του. Έχουν περιγραφεί πολλές τεχνικές , αλλά οι βασικές αρχές παραμένουν ίδιες.

Επισκόπηση:

Η ασθενής πρέπει να γδυθεί μέχρι την μέση. Σταθείτε εμπρός από τη ασθενή, η οποία πρέπει να κάθεται άνετα με τα χέρια στις πλευρές τις (εικ.8.1). Σημειώστε το μέγεθος, την ασυμμετρία και την περίμετρο των μαστών, καθώς και το χρώμα και τη διάταξη του φλεβικού δικτύου στο δέρμα. Παρατηρείστε τις θηλές και σημειώστε αν προβάλλουν συμμετρικά, αν είναι επίπεδες ή αν εμφανίζουν εισολκή. Αν υπάρχει ετερόπλευρη επιπέδωση ή εισολκή της θηλής, ρωτήστε αν πρόκειται για πρόσφατο η

παλαιό φαινόμενο. Στις γυναίκες με ανοιχτόχρωμο δέρμα, η θηλαία άλω εμφανίζει ρόδινο χρώμα, αλλά σκουραίνει και γίνεται μονίμως μελαγχρωματική κατά την πρώτη εγκυμοσύνη.



εικ. 8.1

Ζητήστε από την ασθενή να υψώσει τα χέρια πάνω από το κεφάλι της και μετά να πιέσει με τα χέρια της τα ισχία (εικ.8.2 και εικ. 8.3). Οι κινήσεις αυτές έλκουν τους κρεμαστήριους συνδέσμους τονίζοντας τα περιγράμματα και υπογραμμίζοντας κάθε τυχόν ανωμαλία. Στους άνδρες η θηλή πρέπει να βρίσκεται επίπεδη πάνω στο θωρακικό μυ.

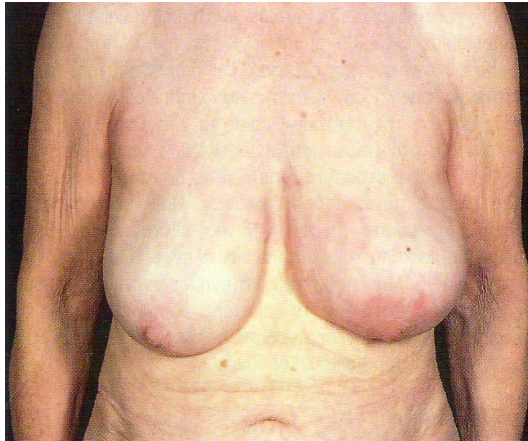


εικ. 8.2

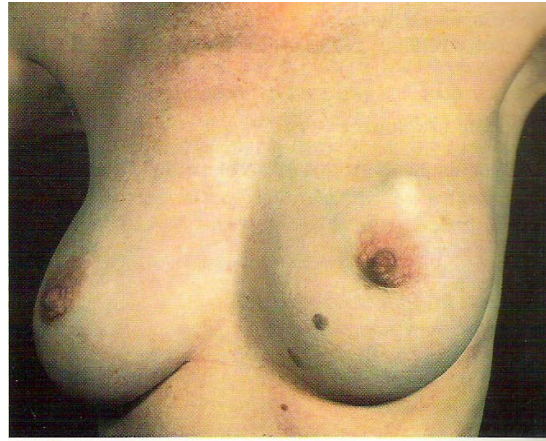


εικ. 8.3

Ανωμαλίες κατά την επισκόπηση: Σε φυσιολογικές γυναίκες μπορεί να ανευρίσκεται κάποια ασυμμετρία των μαστών και των θηλών, που κυμαίνεται από την ετερόπλευρη υποπλάσια μέχρι την ήπια, αλλά εμφανή ασυμμετρία (εικ.8.4). Εντύπωση μπορεί να σας προκαλέσει κάποιο εμφανές ογκίδιο (εικ. 8.5), μια εσοκή ή μία έντονη απόκλιση της θηλής, έντονα εμφανείς φλέβες ή οίδημα του δέρματος με δίκτυο δερματικών γραμμώσεων << σα φλοιός πορτοκαλιού >>. Η παρουσία παθολογικής ερυθρότητας, πάχυνσης ή εξέλκωσης της άλω, πρέπει να σας δημιουργεί υπόνοιες για την πιθανότητα νόσου Parget, μιας ειδικής μορφής καρκίνου του μαστού (εικ. 8.6).



εικ.8.4



εικ.8.5



εικ. 8.6

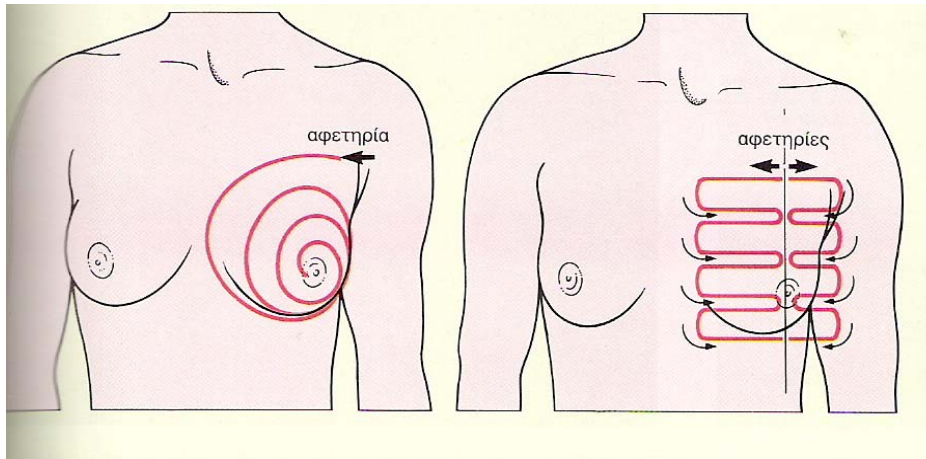
Ψηλάφηση του μαστού

Κατά την διάρκεια της εξέτασης του θώρακα η ασθενής πρέπει να είναι κατακεκλιμένη στην εξεταστική κλίνη με τα χέρια της απλωμένα άνετα στα πλάγια ή τοποθετημένα πάνω από το κεφάλι της. Ψηλαφίστε το μαστικό ιστό με την παλαμιαία επιφάνεια των τριών μεσαίων δακτύλων, εφαρμόζοντας ομαλή κυκλική κίνηση πιέζοντας ήπια το μαστικό ιστό πάνω από το θωρακικό τοίχωμα (εικ. 8.7).



εικ. 8.7

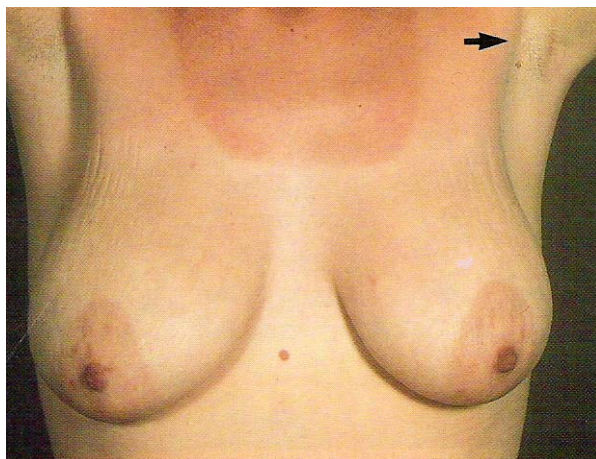
Εξετάστε κάθε μαστό χωριστά, ακολουθώντας ομόκεντρη ή παράλληλη πορεία, με μεθοδική εξεταστική διαδρομή που να αρχίζει και να τελειώνει πάντοτε σε ένα σταθερό σημείο (εικ. 8.8).



εικ. 8.8

Η επίμονη και μεθοδική διερεύνηση όλου του μαστικού ιστού διασφαλίζει την ανίχνευση μικρών ογκιδίων, που εύκολα μπορούν να ξεφύγουν από την προσοχή σας. Αν οι μαστοί είναι υπέρμετρα μεγάλοι ή κρεμάμενοι, χρησιμοποιήστε το ένα χέρι για να σταθεροποιήσετε το μαστό στο κατώτερο όριό του, ενώ ψηλαφητέ με το άλλο χέρι. Η υφή του φυσιολογικού μαστικού ιστού ποικίλει από λεία έως κοκκώδη ή ακόμη και μικροοζώδης, και μόνο η εμπειρία θα σας διδάξει ολόκληρο το φάσμα της φυσιολογικής υφής. Η υφή μπορεί επίσης να εμφανίσει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια του εμμηνορρυσιακού κύκλου, ή οζώδης σύσταση και η ευαισθησία συχνά αυξάνονται προς το τέλος του κύκλου και κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης. Η υφή του μαστού φυσιολογικά είναι συμμετρική και μια σύγκριση των μαστών μπορεί να βοηθήσει να συμπεράνετε αν η περιοχή είναι παθολογική ή όχι.

Για να εξετάσετε τη μασχαλιαία ουρά του Spence, ζητήστε από την ασθενή να υψώσει τα χέρια της πάνω από το κεφάλι. Ψηλαφίστε την ουρά μεταξύ του αντίχειρα και των υπόλοιπων δακτύλων, ακολουθώντας τη φορά κατεύθυνσής της από το άνω έξω τεταρτημόριο προς τη μασχάλη (εικ. 8.9). Αν ψηλαφείτε κάποιο ογκίδιο, εξετάστε τη μάζα μεταξύ των δακτύλων σας και εκτιμήστε το μέγεθος, τη σύσταση, την κινητικότητα και αν υπάρχει επώδυνη ευαισθησία ή όχι.



εικ.8.9

Ψηλάφηση της θηλής:

Κρατήστε τη θηλή μεταξύ του αντίχειρα και των δακτύλων και συμπιέστε απαλά, ώστε να προκαλέσετε την αποβολή πιθανού εκκρίματος (εικ.8.10). Αν εμφανιστεί υγρό, παρατηρήστε το χρώμα του, παρασκευάστε επίχρισμα για την κυτταρολογική εξέταση και αποστείλετε το δείγμα για μικροβιολογικές εξετάσεις.



εικ. 8.10

Ψηλάφηση των λεμφαδένων:

Οι μασχάλες μπορούν να ψηλαφηθούν με την ασθενή ξαπλωμένη ή καθήμενη. Όταν εξετάσετε την αριστερή μασχάλη στην καθιστική θέση, η ασθενής μπορεί να ακουμπά το αριστερό της χέρι στο δεξιό ώμο, ενώ ερευνάτε την μασχάλη με το δεξί σας χέρι. Εναλλακτικά, υπάρχουν και άλλες τεχνικές για την αποκάλυψη της μασχάλης. Μπορείτε να επιλέξετε την απαγωγή του χεριού, υποστηρίζοντας απαλά τον καρπό της ασθενούς με το δεξί σας χέρι και εξετάζοντας με το άλλο χέρι (εικ. 8.11). Κυρτώστε ελαφρά το χέρι με το οποίο εξετάσετε και ψηλαφίστε μέσα στο θόλο της μασχάλης αναζητώντας την κορυφαία ομάδα των λεμφαδένων. Οι μικροί λεμφαδένες μπορεί να γίνουν αντιληπτοί μόνο αν κινείτε κυκλικά τις ράγες των εξεταζόμενων δακτύλων απόλυτα σταθερά πάνω στο θωρακικό τοίχωμα. Στη συνέχεια, ψηλαφίστε την πρόσθια ομάδα των λεμφαδένων κατά μήκος του οπίσθιου ορίου της πρόσθιας μασχαλιαίας πτυχής, την κεντρική ομάδα των λεμφαδένων πάνω στο πλάγιο θωρακικό τοίχωμα και την οπίσθια ομάδα κατά μήκος της οπίσθιας μασχαλιαίας πτυχής.



εικ. 8.11

Τέλος, ψηλαφίστε κατά μήκος του έσω ορίου του βραχιόνιου οστού για να ελέγξετε την έξω ομάδα λεμφαδένων και να επισκοπήσετε τους υποκλείδιους και υπερκλείδιους χώρους για λεμφαδενοπάθεια. Αν ψηλαφάτε λεμφαδένες, εκτιμείστε το μέγεθος, το σχήμα, τη σύσταση, την κινητικότητα και την ευαισθησία τους.

Δευτερογενής πρόληψη:

Είναι ο μαζικός έλεγχος μεγάλων ομάδων φυσιολογικού πληθυσμού, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου με βάση πρώιμα σημεία ή συμπτώματα. Δυο από τις πιο συνηθισμένες εξετάσεις που εφαρμόζονται στη δευτερογενή πρόληψη είναι η μαστογραφία για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού και το test Παπανικολάου για τη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου.

Έχει αποδειχθεί με εκτεταμένες μελέτες, ότι ο μαζικός έλεγχος, σε συνδυασμό με την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση του πληθυσμού, μπορεί να μειώσει σημαντικά τα ποσοστά προσβολής από διάφορες μορφές καρκίνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η ασθενής εισέρχεται στη φάση της διαγνωστικής διαδικασίας αμέσως μετά τη συνειδητοποίηση της ύπαρξης του προβλήματος και ζητεί την ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση και προσοχή. Η φάση της διάγνωσης μπορεί να απαιτήσει χρόνο και προϋποθέτει τη συμμετοχή της ασθενούς σε μια σειρά εξετάσεων.

Διαγνωστικές εξετάσεις :

- Υπερηχογράφημα
- Μαστογραφία χαμηλής δόσης ,
- Παρακέντηση δια βελόνης (FNA)
- Βιοψία
- Μαγνητική μαστογραφία (σε ειδικές περιπτώσεις)
- Θερμογραφία
- Ξηρογραφία
- Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2
- Φλεβογραφία

Μαστογραφία

Η μαστογραφία είναι μια ασφαλής και φτηνή σχετικά μέθοδος που έχει σώσει πολλές γυναίκες από δυσάρεστες καταστάσεις. Η σημασία του μαζικού προσυμπτωματικού μαστογραφικού ελέγχου (screening) σε γυναίκες άνω των 40 ετών δεν αμφισβητείται τώρα πια από κανέναν. Ο ένας χρόνος μεταξύ δύο μαστογραφιών έχει επιλεγεί για περιοδικό έλεγχο εκτός αν αποφασίσει διαφορετικά ο θεράπων ιατρός.

Η μαστογραφία μπορεί να εντοπίσει τους καρκινικούς όγκους ακόμα και πριν να μπορεί κάποιος να τους εντοπίσει με την ψηλάφηση. Αυτό είναι και το μεγαλύτερο της πλεονέκτημα ως διαγνωστικής μεθόδου. Ο έγκαιρος εντοπισμός όγκων. Η μαστογραφία είναι μια ακτινογραφία, με πολύ χαμηλή δόση ακτινοβολίας, άρα είναι ουσιαστικά ανώδυνη και το πλεονέκτημα του να εντοπιστεί έγκαιρα ο καρκίνος σίγουρα είναι μεγαλύτερο από το ρίσκο του να λάβει κανείς μία μικρή δόση ακτινοβολίας.

Όμως και η μαστογραφία δεν είναι αλάνθαστη, επομένως αν εντοπίσετε κάποιο εξόγκωμα στο στήθος σας παρόλο που η πρόσφατη μαστογραφία δεν εντόπισε τίποτα το ανησυχητικό, απευθυνθείτε και πάλι στο γιατρό σας.

Το πόσο συχνά μία γυναίκα πρέπει να κάνει μαστογραφία είναι κάτι που θα το καθορίσει ο γιατρός της, καθώς εκείνος γνωρίζει το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού που πιθανόν να υπάρχει ή άλλων μορφών καρκίνου, καθώς και το ατομικό ιστορικό της ασθενούς και θα την κατευθύνει κατάλληλα. Σε ετήσια περιοδική εφαρμογή συνιστάται σε γυναίκες υψηλού κινδύνου μετά τα 35 και σε κάθε γυναίκα μετά τα 50 χρόνια. Όμως όλες οι γυναίκες, στην ηλικία 35-40 ετών πρέπει να κάνουν μία μαστογραφία, την μαστογραφία αναφοράς όπως λέγεται, και που αποτελεί στοιχείο για μελλοντική σύγκριση.

Η κυτταρολογική εξέταση με παρακέντηση ή από έκκριση της θηλής και η βιοψία επαληθεύουν τελικά ή αποκλείουν την νόσο.

Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει τη συχνότητα με την οποία θα πρέπει να γίνεται μαστογραφία, ανάλογα με την ηλικία της γυναίκας. Θυμηθείτε ότι ο γιατρός σας είναι ο μόνος που μπορεί να σας πει πόσο συχνά και πότε πρέπει να κάνετε προληπτικές εξετάσεις.

Ηλικία	Συνίσταται
40-49	Μαστογραφία κάθε 1 ή 2 χρόνια, ανεξάρτητα από την κλινική εξέταση μαστών.
50-74	
35	Πρώτη μαστογραφία σε γυναίκες με επιβαρημένο ιστορικό.

Η κλασική μαστογραφία, παρά τις αδυναμίες που παρουσιάζει, παραμένει μέχρι σήμερα, η καλύτερη μέθοδος για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού.

Είναι γνωστό ότι δεν υπάρχει εξέταση, η οποία να ανιχνεύει όλους τους όγκους. Όπως και άλλες διαγνωστικές μέθοδοι, έτσι και η μαστογραφία σε ένα ποσοστό που μπορεί να φτάσει έως και 10% αποτυγχάνει να ανιχνεύσει τους κακοήθους όγκους.

Στις αρχές της δεκαετίας των '80, όταν μόνον το 13% των Αμερικανίδων υποβάλλονταν συστηματικά σε μαστογραφία, το μέσο μέγεθος των ανιχνευόμενων όγκων ήταν 3 εκατοστά του μέτρου. Στα τέλη της δεκαετίας των '90, όταν υποβαλλόταν συστηματικά σε μαστογραφία το 60% των Αμερικανίδων, το μέσο μέγεθος των όγκων ήταν 1 εκατοστό του μέτρου, σύμφωνα με στοιχεία από την Αμερικανική Εταιρεία Καρκίνου και το Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας των ΗΠΑ.

Γιατί θα πρέπει να γίνει η μαστογραφία:

- Όταν ο καρκίνος δεν έχει μεγαλώσει πολύ ή είναι σε πολύ αρχικό στάδιο μπορεί να μην είναι ψηλαφητός, αλλά μπορεί να διαπιστωθεί μόνο με την μαστογραφία.
- Η μαστογραφία μπορεί να ανακαλύψει όγκους σε πολύ πρώιμα στάδια κατά τα οποία η θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική.
- Όσο μικρότερο είναι το μέγεθος του ογκιδίου τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ίασης, καθώς και η πιθανότητα διατήρησης του μαστού. Γι' αυτό η έγκαιρη διάγνωση έχει μεγάλη σημασία.
- Η εξέταση μειώνει τον κίνδυνο για τις γυναίκες να πεθάνουν από καρκίνο μαστών.

Η πρόληψη είναι το καλύτερο δώρο !!!!

Η μαστεκτομή μπορεί να αποτελέσει μία τραυματική εμπειρία για κάθε γυναίκα που υπόκειται σε αυτή τη χειρουργική επέμβαση, κυρίως γιατί οι γυναίκες νιώθουν ότι το στήθος είναι το πιο θηλυκό τους χαρακτηριστικό. Οποιαδήποτε αλλαγή στην εικόνα του στήθους αποτελεί μεγάλο πλήγμα στην αυτοπεποίθηση της γυναίκας, ανεξάρτητα από την ηλικία της, το μορφωτικό της επίπεδο ή την κοινωνική της τάξη. Οι περισσότερες γυναίκες χρειάζονται αρκετό χρόνο για να συμφιλιωθούν με την ιδέα της μαστεκτομής και ακόμη περισσότερο για να συνηθίσουν την εικόνα τους μετά την επέμβαση.

Γι' αυτό το λόγο η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ θα πρέπει να είναι η πρώτη επιλογή όλων των γυναικών. Η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού έχει μειωθεί σημαντικά την τελευταία δεκαετία και εξακολουθεί να μειώνεται συστηματικά. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι με την προσθήκη της μαστογραφίας στις εξετάσεις ρουτίνας, πολλοί καρκίνοι εντοπίζονται έγκαιρα κι άρα μπορούν να αντιμετωπισθούν με πολύ καλύτερα αποτελέσματα. Η έγκαιρη διάγνωση μέσω της μαστογραφίας δίνει στην ασθενή τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τον καρκίνο με λιγότερο «επεμβατικές» διαδικασίες και με ασύγκριτα καλύτερες πιθανότητες επιβίωσης.

Ο καρκίνος του μαστού δεν μπορεί να αποφευχθεί. Μπορεί όμως να αντιμετωπιστεί έγκαιρα με εξετάσεις ρουτίνας, όπως η μαστογραφία. Μην αμελείτε λοιπόν τις εξετάσεις ρουτίνας, μπορούν να σώσουν ζωές. Τις δικές μας ζωές!

Ο φόβος, η ντροπή και η αναβλητικότητα δεν πρέπει να έχουν καμία θέση στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Πάρτε τώρα την ζωή σας χέρια σας. Πάρτε τώρα τηλέφωνο για ένα ραντεβού για ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ.

Υπερηχογράφημα

Συμπληρώνει την μαστογραφία, αλλά δε μπορεί να την αντικαταστήσει. Είναι η καλύτερη μέθοδος για γυναίκες κάτω των 30 ετών. Θεωρείται χαμηλού κόστους τεχνική και ανώδυνη. Το υπερηχογράφημα μπορεί να χρησιμεύσει για τη διάγνωση κύστεων και όχι συμπαγών όγκων.

Κυτταρολογική εξέταση μετά από παρακέντηση με λεπτή βελόνα (FNA)

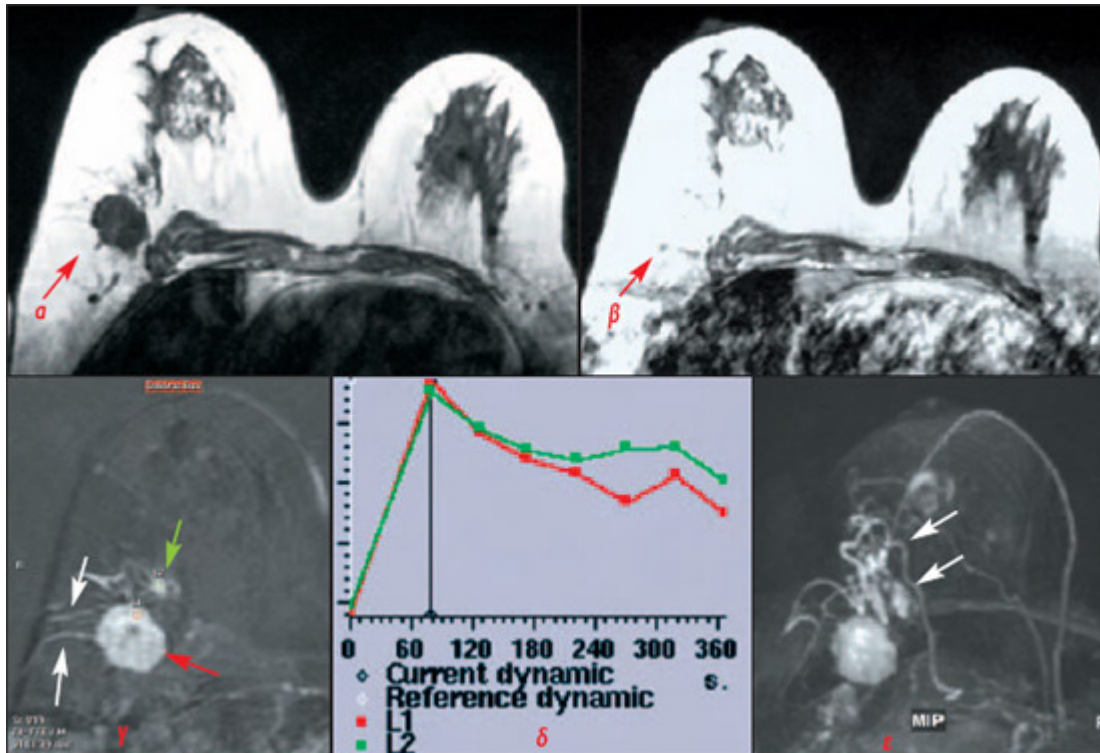
Με αυτή την τεχνική λαμβάνουμε κύτταρα μέσω μιας βελόνας που είναι προσαρμοσμένη σε σύριγγα 10-20 ml, με παρακέντηση και αναρρόφηση, τα οποία στέλνονται στο εργαστήριο για να διαπιστωθεί αν είναι καρκινικά. Είναι φτηνή, γρήγορη και σχετικά χωρίς πόνο. Συνήθως εκτελείται σε ψηλαφητούς όγκους.

Ανοικτή βιοψία

Γίνεται αφαίρεση μικρού σφηνοειδούς τεμαχίου από τον όγκο με τοπική ή γενική αναισθησία και με άριστο αισθητικό αποτέλεσμα. Έχει καλύτερο βαθμό ακρίβειας όταν γίνεται από εξειδικευμένα άτομα και δίνει πληροφορίες για το είδος, το μέγεθος του καρκινικού και την ύπαρξη ορμονικών υποδοχέων.

Μαγνητική μαστογραφία

Ο μαστός αποτέλεσε ένα από τα πρώτα πεδία εφαρμογής της Μαγνητικής Τομογραφίας (ΜΤ). Ωστόσο, ήταν στα τέλη της δεκαετίας του '80 που η εισαγωγή στην κλινική πράξη των παραμαγνητικών σκιαγραφικών ουσιών αύξησε δραματικά την ευαισθησία της μεθόδου αναφορικά με την κύρια κλινική της ένδειξη, τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σήμερα, η Μαγνητική Μαστογραφία (ΜΜ) είναι μέθοδος ευρέως αποδεκτή στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, δεν έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή κλινική πράξη και εφαρμόζεται σε ελάχιστα κέντρα. Οι λόγοι είναι κυρίως δύο: ανεπαρκής ενημέρωση των κλινικών ιατρών, που ασχολούνται με τα προβλήματα του μαστού, σχετικά με τις ενδείξεις και τους περιορισμούς της μεθόδου και οι τεχνικές ιδιαιτερότητες αυτής.



Τυπική απεικόνιση ενός διηθητικού νεοπλασματος (κόκκινο βέλος) και μιας δεύτερης μικρότερης εστίας (πράσινο βέλος) στο ίδιο τεταρτημόριο του δεξιού μαστού. Επάνω σειρά: Εγκάρσιες τομές των μαστών τεχνικής T1, πριν (α) και μετά (β) την ΕΦ έγχυση σκιαγραφικού. Κάτω σειρά: Εικόνα αφαίρεσης του δεξιού μαστού στο ίδιο εγκάρσιο επίπεδο (γ), καμπύλες μεταβολής της ΕΣ ως προς το χρόνο για τις δύο βλάβες (δ) και τρισδιάστατες ανασυνθέσεις MIP του δεξιού μαστού (ε). Και οι δύο εστίες έχουν ανώμαλα όρια (γ) και εμφανίζουν έντονη πρόσληψη με ταχεία έκπλυση του σκιαγραφικού (καμπύλη τύπου 3, εικόνα δ). Η μεγαλύτερη βλάβη εμφανίζει περιφερειακά εντονότερη "δακτυλοειδή" πρόσληψη (γ), ενώ συνυπάρχει γραμμοειδής πρόσληψη κατά μήκος παρακείμενων γαλακτοφόρων πόρων (εικόνα γ, μαύρα βέλη) και αυξημένη νεοαγγείωση στο δεξιό μαστό (εικόνα ε, βέλη).

Τεχνική

A. ΜΜ χωρίς ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας: περιορίζεται στη μελέτη των ρήξεων των ενθεμάτων και, κατά δεύτερο λόγο, στη διάγνωση των κύστεων (όπου, συνήθως, αρκεί το υπερηχογράφημα). Η εξέταση γίνεται με την ασθενή σε πρηνή θέση και με τη χρήση ειδικού πηνίου μέσα στο οποίο τοποθετούνται ελεύθερα και συμμετρικά οι μαστοί. Λαμβάνονται εικόνες T1 και T2 προσανατολισμού, με και χωρίς συμπίεση του σήματος του λίπους ή της σιλικόνης. Οι μαστοί απεικονίζονται συνήθως σε εγκάρσιο επίπεδο, ενώ κατά περίπτωση η εξέταση συμπληρώνεται με οβελιαίες και στεφανιαίες τομές. Ανάλογα με την τεχνική και την ιδιαιτερότητα της κάθε περίπτωσης, η διάρκεια της εξέτασης κυμαίνεται από 15 έως 40 λεπτά.

B. ΜΜ με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικής ουσίας: για την ανάδειξη ή τον αποκλεισμό νεοπλασματος και περιενθεματικών φλεγμονών. Σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, είναι προτιμότερο να γίνεται μεταξύ 7ης και 13ης ημέρας του κύκλου. Η θέση εξέτασης και το πηνίο είναι ίδια όπως περιγράφηκαν παραπάνω. Αναφορικά με τις ακολουθίες παλμών, η εξέταση στηρίζεται στη λήψη εικόνων τεχνικής T1 (σε εγκάρσιο ή στεφανιαίο επίπεδο), με τη μορφή δυναμικής μελέτης πριν και μετά από ταχεία ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού και συμπληρώνεται από τομές τεχνικής T2. Η παραμαγνητική σκιαγραφική ουσία (χημικές ενώσεις γαδολινίου) χορηγείται σε δόση 0,1-0,2mmol/Kgr Σ.Β. Η διάρκεια της εξέτασης, σε ένα σύγχρονο σύστημα ισχύος 1,5T, είναι περίπου 15 λεπτά. Πριν από την εξέταση απαιτείται χρονικό διάστημα 5-10 λεπτών για την προετοιμασία της ασθενούς, η οποία συνίσταται στην τοποθέτηση ενός φλεβοκαθετήρα στο αντιβράχιο, μέσω του οποίου θα γίνει η ενδοφλέβια έγχυση του σκιαγραφικού. Η διάρκεια της μελέτης της

εξέτασης ποικίλλει ανάλογα με το κλινικό πρόβλημα και, κατά μέσο όρο, είναι 30 λεπτά περίπου.

Διαγνωστικά κριτήρια MM

Αναζητούνται εστίες πρόσληψης της σκιαγραφικής ουσίας και αξιολογείται η μορφολογία τους (έκταση της πρόσληψης, σχήμα και περίγραμμα της παθολογικής περιοχής, παρουσία διαφραγματίων, περιφερικά εντονότερη σκιαγραφική ενίσχυση) και το πρότυπο σκιαγραφικής ενίσχυσης (δηλ. η καμπύλη μεταβολής της έντασης σήματος - ΕΣ αυτής ως προς τον χρόνο, μετά την έγχυση του σκιαγραφικού).

Απεικόνιση κακοηθών νεοπλασμάτων στη MM

Απεικονίζονται σαν εστίες έντονης πρόσληψης που, μερικές φορές, εμφανίζουν τη σχεδόν παθολογική για καρκίνο περιφερική δακτυλιοειδή σκιαγραφική ενίσχυση (το 14% των καρκίνων). Το περίγραμμα της βλάβης είναι συνήθως ασαφές και το σχήμα της ανώμαλο (στο 95% των περιπτώσεων) ή μπορεί να απεικονίζεται με τη μορφή σκιαγραφικής ενίσχυσης κατά μήκος γαλακτοφόρων πόρων. Τυπικά, παρατηρείται έντονη πρόσληψη του σκιαγραφικού (αύξηση της ΕΣ περισσότερο από το 100% της αρχικής τιμής) και πρόωμη προσέγγιση της μέγιστης τιμής σκιαγραφικής ενίσχυσης (κορύφωση της ΕΣ νωρίτερα από το 3ο λεπτό). Το πρότυπο αυτό έχει παρατηρηθεί στο 90-95% των διηθητικών καρκίνων και συνήθως ακολουθείται από ταχεία έκπλυση του σκιαγραφικού. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι υπάρχουν καρκίνοι που είτε εμφανίζονται ως εστίες διάχυτης και ασαφώς οριοθετημένης σκιαγραφικής ενίσχυσης είτε ως εστίες με ομαλό και σαφές περίγραμμα (5% των καρκίνων, κυρίως βλεννώδεις και μυελοειδείς) ή εμφανίζουν μέτριου βαθμού και καθυστερημένη σκιαγραφική ενίσχυση (αρκετοί λοβιακοί καρκίνοι). Στις περιπτώσεις αυτές, δεν είναι εύκολη η διάκριση από καλοήθεις παθήσεις. Το πορογενές καρκίνωμα *in situ* (DCIS) μπορεί να εμφανίσει οποιοδήποτε τύπου ή και καθόλου πρόσληψη.

Απεικόνιση καλοηθών παθήσεων στη MM

Τα *ιναδενώματα* απεικονίζονται τυπικά σαν σαφώς περιγεγραμμένες και ομαλού σχήματος εστίες πρόσληψης σκιαγραφικού και μερικές φορές φέρουν χαρακτηριστικά εσωτερικά διαφραγμάτια. Καλοήθεις μαστοπάθειες απεικονίζονται ως ασαφώς περιγεγραμμένες εστίες ή ως πιο εκτεταμένες περιοχές πρόσληψης. Τόσο τα ιναδενώματα όσο και οι καλοήθεις μαστοπάθειες τυπικά εμφανίζουν αμελητέα έως μέτρια σκιαγραφική ενίσχυση και αργή πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας.

Ωστόσο, νεαρά αγγειοβριθή ιναδενώματα (το 30% περίπου των ιναδενωμάτων στις νέες γυναίκες) και εστίες έντονης υπερπλαστικής μαστοπάθειας (όπως σκληρυντική αδένωση, αποκρινής μεταπλασία) μπορεί να εμφανίσουν μεγάλου βαθμού σκιαγραφική ενίσχυση και γρήγορη πρόσληψη της σκιαγραφικής ουσίας, οπότε είναι πολύ δύσκολη η διαφορική διάγνωση από καρκίνο. Έως και 70% των αγγειοβριθών ιναδενωμάτων έχουν υψηλό σήμα στις εικόνες τεχνικής T2.

Ενδείξεις MM

1. Προεγχειρητικά:

α) όταν υπάρχουν κλινικά ή μαστογραφικά ευρήματα ύποπτα για καρκίνο και η βλάβη δεν είναι προσπελάσιμη για σήμανση ή βιοψία,
β) σε γνωστό ή πολύ πιθανό καρκίνο, για ακριβή καθορισμό της έκτασής του και αποκλεισμό άλλων εστιών (ιδίως σε πυκνούς μαστούς) όταν σχεδιάζεται συντηρητική επέμβαση.

2. Αποκλεισμός καρκίνου σε ασθενείς υψηλού κινδύνου: ιδίως σε μαστούς πυκνούς ή με ενθέματα/πλαστική επέμβαση όπου περιορίζεται σημαντικά η ευαισθησία της

μαστογραφίας. Πρόσφατα δημοσιευμένες μελέτες δείχνουν σημαντική υπεροχή της MM, έναντι της κλασικής μαστογραφίας, στην πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού σε γυναίκες υψηλού κινδύνου και ιδίως σε φορείς ογκογονιδίων.

3. Αναζήτηση πρωτοπαθούς εστίας σε μεταστατικό καρκίνο: όταν η μαστογραφία είναι αρνητική.

4. Ανεγχείρητος καρκίνος: εκτίμηση της τοπικής ανταπόκρισης στη θεραπεία.

5. Άμεσα μετεγχειρητικά: για τον εντοπισμό υπολειμματικής νόσου όταν η ιστολογική εξέταση του υλικού συντηρητικής επέμβασης δείχνει διηθημένα εγχειρητικά όρια.

6. Μετεγχειρητική παρακολούθηση: διάγνωση ή αποκλεισμός υποτροπής ή νέας εστίας, διάκριση υποτροπής από ουλώδη ιστό. Προτιμάται να γίνεται 3-6 μήνες μετά το χειρουργείο και 12-18 μήνες μετά το τέλος της ακτινοθεραπείας.

7. Έλεγχος ενθεμάτων: διάγνωση ρήξεων και περιενθεματικής φλεγμονής. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και επεμβατικές τεχνικές με την καθοδήγηση του μαγνητικού τομογράφου, για προεγχειρητική σήμανση ή διαδερμική βιοψία ύποπτων εστιών που είναι εμφανείς μόνο στη MM.

Η γερμανική πολυκεντρική μελέτη που ολοκληρώθηκε το 1997 και αξιολόγησε 12.000 εξετάσεις MM, ανέδειξε συνολική ευαισθησία της μεθόδου για διηθητικό καρκίνο 98-99.5% και για DCIS 80-99%. Στην ίδια μελέτη, η ειδικότητα κυμάνθηκε από 30-90%.

Η MM δεν ενδείκνυται για:

- προσυμπτωματικό έλεγχο του γενικού πληθυσμού,
- ύποπτες βλάβες ή μικροαποτιτανώσεις που είναι προσπελάσιμες για διαδερμική σήμανση ή βιοψία με τις κλασικές μεθόδους, κατά την κύηση ή γαλουχία,
- όταν υπάρχουν σημεία φλεγμονής του μαστού.

Συμπερασματικά η MM με ενδοφλέβια έγχυση σκιαγραφικού είναι η πιο ευαίσθητη από τις συμπληρωματικές της μαστογραφίας απεικονιστικές μεθόδους. Λόγω της μέτριας ειδικότητάς της, οι εφαρμογές της περιορίζονται σε επιλεγμένες προβληματικές περιπτώσεις όπου οι συμβατικές μέθοδοι δεν είναι επαρκείς και η διαδερμική βιοψία ή σήμανση δεν είναι εφικτή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η χρήση της MM ως μοναδικής απεικονιστικής μεθόδου ή η αξιολόγησή της χωρίς συσχέτιση με τη μαστογραφία δεν αποτελούν σωστή διαγνωστική πρακτική.

Ξηρογραφία

Είναι η αποτύπωση ακτινογραφικών εικόνων σε πλάκα από σελήνιο, αντί της φωτογραφικής πλάκας. Είναι ιδιαίτερη χρήσιμη για την ακτινογράφιση των μαλακών ιστών, όπου η αντίθεση μεταξύ όγκου και των ιστών που τον περιβάλλουν είναι σχετικά μικρή. Επίσης ενδείκνυται για την απεικόνιση αγγείων, παραμορφωμένων φλεβών, ινωδών αναπτύξεων οστών και αρθρώσεων.

Θερμογραφία

Η θερμογραφία αποτελεί επίσης χρήσιμη εξέταση για τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Γίνεται με υπέρυθρη φωτογραφική συσκευή, η οποία καταγράφει τις διάφορες θερμοκρασίες και βοηθάει έτσι στη διαπίστωση σημείων ανώμαλης αιμάτωσης. Πολλές παθήσεις του μαστού, είτε καλοήθεις είτε κακοήθεις, συνδέονται με αυξημένη θερμότητα. Έτσι, η θερμογραφία δεν είναι απόλυτος δείκτης του καρκίνου του μαστού, αλλά θέτει σε συναγερμό το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό για την πιθανότητα της νόσου.

Το θερμογράφημα παρουσιάζει βασικά τη λειτουργική κατάσταση των μαστών. Η θερμική κατανομή του δέρματος κατοπτρίζει κυρίως την κατάσταση των επιπολής και των βάθιων φλεβών.

Έλεγχος γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2

Ο ρόλος των γονιδίων στον καρκίνο του μαστού

Κάθε άνθρωπος γεννιέται με 2 ομάδες από εκατό περίπου χιλιάδες διαφορετικά γονίδια. Η μια ομάδα γονιδίων προέρχεται από τη μητέρα και η άλλη από τον πατέρα. Σε μερικές οικογένειες, ο καρκίνος προκαλείται από μια γενετική μετάλλαξη στα γονίδια αυτά, η οποία κληρονομείται από τη μητέρα ή τον πατέρα στα παιδιά.

Δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2 βρέθηκαν να παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και να αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισής τους, όταν φέρουν γενετική μεταλλαγή.

Για αυτό είναι σημαντικό, η γυναίκα με κληρονομικό ιστορικό καρκίνου μαστού ή ωοθηκών στην οικογένεια, να υποβάλλεται σε εξέταση (γενετικό τεστ για BRCA 1 και BRCA 2) για να μάθει αν έχει αυτή την προδιάθεση.

Είναι εξίσου σημαντικό μια γυναίκα που έχει ήδη προσβληθεί από τη νόσο να κάνει το τεστ, καθότι ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου και στον άλλο το μαστό, είναι περίπου 60% μεγαλύτερος εάν η γυναίκα έχει μεταλλαγμένο BRCA1 ή BRCA 2 γονίδιο.

Τι είναι τα γονίδια BRCA 1 και BRCA 2

Πρόσφατες ανακαλύψεις μακροχρόνιων ερευνών έδειξαν ότι δύο γονίδια, τα BRCA 1 και BRCA 2, σε περίπτωση γενετικής μεταλλαγής τους, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στον κληρονομούμενο καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών και αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισής του.

Μέχρι την ηλικία των 70 ετών, το 87% των γυναικών που έχουν μετάλλαξη στο γονίδιο BRCA 1 θα αναπτύξει καρκίνο του μαστού, ενώ το 64% θα αναπτύξει καρκίνο των ωοθηκών. Αντιθέτως, αν σε μια γυναίκα βρεθεί ότι δεν έχει τη συγκεκριμένη μετάλλαξη στο BRCA 1, ακόμη κι αν έχει βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, τότε η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού ή ωοθηκών μειώνεται στα επίπεδα του γενικού πληθυσμού (περίπου 10% για καρκίνο του μαστού και 1,4% για καρκίνο των ωοθηκών).

Τι είναι η γενετική ανάλυση των γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2:

Η ανάλυση των γονιδίων BRCA 1 και BRCA 2 είναι μια ιδιαίτερα εξειδικευμένη και λεπτομερής εξέταση, που ερευνά και ανιχνεύει τις μεταλλάξεις που μπορεί να υπάρχουν σ' αυτά τα γονίδια.

Η απόφαση για το γενετικό τεστ

Το γενετικό τεστ, με το οποίο διαπιστώνεται η προδιάθεση για καρκίνο του μαστού ή των ωοθηκών, απευθύνεται σε ανθρώπους που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για έναν από αυτούς τους καρκίνους, λόγω βεβαρημένου οικογενειακού ιστορικού.

Πριν πάρετε την απόφαση να κάνετε το γενετικό τεστ, είναι σημαντικό να ενημερωθείτε γι' αυτό από ειδικευμένους ιατρούς και ιδιαίτερα για τις δυνατότητες αντιμετώπισης που υπάρχουν μετά τη λήψη των αποτελεσμάτων.

Παρότι ο καρκίνος του μαστού είναι σπάνιος στους άνδρες, ο άνδρας με καρκίνο του μαστού ή με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό μπορεί να κληρονομήσει την προδιάθεση στα παιδιά του.

Η σημασία του να γνωρίζουμε το αποτέλεσμα

Σε περίπτωση που το τεστ βγει αρνητικό, ο κίνδυνος για τη γυναίκα περιορίζεται στο δείκτη του γενικού πληθυσμού. Επίσης τα παιδιά της γυναίκας

αυτής, δεν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και δεν χρειάζεται να κάνουν το τεστ.

Στην περίπτωση που το τεστ βγει θετικό, η γυναίκα κατατάσσεται στην ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου του μαστού ή των ωοθηκών. Γνωρίζοντας το αποτέλεσμα, η κάθε γυναίκα έχει τη δυνατότητα να υιοθετήσει τον κατάλληλο τρόπο ζωής, ώστε να μειώσει τις πιθανότητες προσβολής της από τη νόσο.

Επίσης, αλλάζει η ιατρική της παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Η ίδια η γυναίκα, πάντα σε συνεργασία με τον ιατρό της, έχει τη δυνατότητα να επιλέξει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους που θα ακολουθηθούν στην περίπτωση της.

Σκοπός είναι, η διάγνωση να γίνει όσο το δυνατόν πιο έγκαιρα, έτσι ώστε η θεραπεία να αποφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα, ή ακόμη και να περιορισθεί η πιθανότητα εμφάνισης της νόσου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη και την διάγνωση του καρκίνου του μαστού

- Ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου για καρκίνο του μαστού και συστηματική τους παρακολούθηση.
- Αναγνώριση της κλινικής εικόνας ατόμων με συμπτώματα και σημεία καρκίνου του μαστού και καθοδήγησή τους προς τις κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες.
- Ενημέρωση των ασθενών για τις διαγνωστικές δοκιμασίες που είναι απαραίτητες.
- Εκπαίδευση των γυναικών για το σωστό τρόπο αυτοεξέτασης του μαστού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ

Η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι ανάλογη του σταδίου του. Η νόσος στα **αρχικά στάδια** αντιμετωπίζεται με συντηρητική χειρουργική επέμβαση και ακτινοβολία. Η μαστεκτομή και η ακτινοβολία είναι τοπικές θεραπείες και δεν μπορούν

να επηρεάσουν τα καρκινικά κύτταρα που τυχόν έχουν ήδη διασπαρθεί στο σώμα και πιθανόν να δημιουργήσουν μεταστάσεις. Έτσι τίθεται θέμα συμπληρωματικής χημειοθεραπείας,

η οποία δίνεται σε ασθενείς με νόσο σε πρώιμα στάδια, οι οποίες όμως είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μεταστάσεις. Για ασθενείς με θετικούς ορμονικούς

υποδοχείς η συμπληρωματική θεραπεία ή η χορήγηση ταμοξιφένης είναι πια σταθερές επιλογές.

Οι ασθενείς με **τοπικά προχωρημένη νόσο** δεν έχουν τόσο καλή πρόγνωση. Ένας καλός τοπικός χειρισμός θα μπορούσε να είναι ένας συνδυασμός χειρουργικής εκτομής, χημειοθεραπείας, και ακτινοβολίας. Η χημειοθεραπεία εδώ είναι απαραίτητη διότι οι ασθενείς αυτές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν μεταστάσεις. Οι θεραπευτικές επιλογές για ασθενείς με **τοπικά υποτροπιάζουσα νόσο** ή **μεταστατική νόσο** διαφέρουν ανάλογα με τον εντοπισμό και την έκταση της νόσου. Σε πολλές περιπτώσεις συνδυάζονται τοπικές και συστηματικές θεραπείες. Καθώς οι ασθενείς με μεταστατική νόσο σπάνια δείχνουν ανταπόκριση με μεγάλη χρονική διάρκεια στη συμβατική θεραπεία, οι ερευνητές βρίσκονται σε μία διαρκή αξιολόγηση χημειοθεραπευτικών σχημάτων υψηλών δόσεων που να ακολουθούνται από αυτόλογη μεταμόσχευση μυελού των οστών

ή μεταμόσχευση προγονικών περιφερικών κυττάρων

Α. Γενικώς η ογκολογία ασχολείται με τη διάγνωση και θεραπεία των νεοπλασμάτων. Διακρίνεται δε στην Παθολογία των όγκων, την Ακτινοθεραπευτική Ογκολογία και τη Χειρουργική Ογκολογία.

Ο καρκίνος είναι μια διαδικασία που αφορά τα κύτταρα ενός οργάνου. Αυτά πολλαπλασιάζονται και καταστρέφονται ανεξέλεγκτα και δημιουργούν τον όγκο ο οποίος χαρακτηρίζεται από κύτταρα που:

- διαφέρουν από τα κύτταρα του οργάνου που αναπτύσσεται ο όγκος.
- δεν λειτουργούν φυσιολογικά
- καταστρέφουν γειτονικούς ιστούς και
- δημιουργούν απομεμακρυσμένες μεταστάσεις.

Μέχρις ο όγκος να εξαπλωθεί πέραν της αρχικής του θέσεως η εφαρμογή μιας τοπικής θεραπείας όπως είναι η χειρουργική, είναι δυνατή και θεραπευτική. Ακόμη όμως δεν γνωρίζουμε ακριβώς τους μηχανισμούς εκείνους που μετατρέπουν ένα φυσιολογικό κύτταρο σε κακοήγη. Τελευταία η μοριακή βιολογία δίνει απαντήσεις με την ανεύρεση μεταλλάξεων στα γονίδια και τη δημιουργία διαφόρων ειδών καρκίνων.

Οι καρκίνοι αυτοί στην αρχή είναι εντοπισμένοι και αργότερα διηθούν τους γειτονικούς ιστούς και δημιουργούν απομεμακρυσμένες μεταστάσεις. Ο όγκος όταν ακόμη είναι εντοπισμένος μπορεί να υποβληθεί σε μια τοπική θεραπεία όπως είναι η χειρουργική με πολύ καλά αποτελέσματα.

Η ογκολογία προέκυψε από την ανάγκη να υπάρχουν ιατροί που ασχολούνται αποκλειστικά με τη μελέτη και θεραπεία του καρκίνου.

Ιστορικά και χρονικά θα μπορούσε κανένας να αναφέρει τον πάπυρο του Smith (1600 – 1700 π.Χ.) όπου οι Αιγύπτιοι ασχολήθηκαν με τις κλινικές εκδηλώσεις

του κρίνου του μαστού και τον Ιπποκράτη τον 5^ο π.Χ αιώνα. Αργότερα ο Κέλσος και ο Γαληνός πίστευαν ότι ο καρκίνος είναι γενική νόσος και δεν πρέπει να χειρουργείται. Εν συνεχεία ο Έλλην ιατρός Λεωνίδας εκτέλεσε την πρώτη μαστεκτομή τον 5^ο μ.Χ. αιώνα και χρησιμοποίησε για αιμόσταση την καυτηρίαση. Αργότερα ο John Hunter (1728 – 1793) έδωσε μεγάλη ώθηση στη γενική χειρουργική και ασχολήθηκε και με τον καρκίνο. Τέλος ο William Steward Halted προς το τέλος του 18^{ου} αιώνα περιέγραψε και εκτέλεσε την ριζική μαστεκτομή στον καρκίνο του μαστού.

Η εφαρμογή ασηψίας, αντισηψίας και αναισθησίας συνετέλεσαν στην ανάπτυξη της χειρουργικής και στην εκτέλεση μεγάλων επεμβάσεων. Η ανακάλυψη του ραδίου και των ακτινών Roetgen έδωσαν ώθηση στη θεραπεία του καρκίνου μαζί με τη χειρουργική.

Οι γενικοί χειρουργοί που ασχολούνται με τον καρκίνο αρχίζουν και πληθαίνουν, αναγνωρίζονται από τους συναδέλφους του ως χειρουργοί ογκολόγοι και έτσι εγκαθίσταται η χειρουργική ογκολογία με κυρίαρχο και πρωτεύοντα ρόλο στη θεραπεία του καρκίνου. Το 1960 η πρώτη χειρουργική ογκολογική κλινική δημιουργείται στο Πανεπιστήμιο της Virginia με καθολική αναγνώριση από την Πανεπιστημιακή κοινότητα. Το 1984 οι χειρουργικές ογκολογικές κλινικές στα Αμερικανικά Πανεπιστήμια και νοσοκομεία αποτελούσαν το 38% των χειρουργικών κλινικών ήτοι 47 κλινικές από τις 126 σε σύνολο.

Η Χειρουργική Ογκολογική Εταιρεία ιδρύθηκε στην Αμερική το 1975 και προέκυψε από την Εταιρεία του Dr James Ewing που ιδρύθηκε το 1940 προς τιμήν του αφού συνταξιοδοτήθηκε το 1939. Υπήρξε δε ο Ewing Πρόεδρος στο Memorial Sloang Kettering της N.Y από το 1920 – 1930. Στη χώρα μας έχουν γίνει προσπάθειες για αναγνώριση της χειρουργικής ογκολογίας άνευ αποτελέσματος. Τελευταίως η UEMS αναγνώρισε τη χειρουργική ογκολογία ως ιδιαίτερη ειδικότητα.

Η Ελληνική Χειρουργική Ογκολογία ιδρύθηκε στο Νοσοκομείο «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» ΤΟ 1967 και η Ελληνική Εταιρεία Χειρουργικής Ογκολογίας το 1986.

Οι πρώτοι χειρουργοί που ασχολήθηκαν με τη θεραπεία του καρκίνου, ασχολήθηκαν με τους όγκους της κεφαλής και του τραχήλου. Στην ίδια δε περίοδο πολλοί γυναικολόγοι ασχολήθηκαν με τη θεραπεία των όγκων του γεννητικού συστήματος των γυναικών. Γι' αυτό πριν το 1960 γενικοί χειρουργοί και γυναικολόγοι που χειρουργούσαν όγκους κεφαλής και τραχήλου και γυναικολογικούς καρκίνους αντίστοιχα θεωρούνταν και ονομάζονταν ογκολόγοι χειρουργοί. Μετά το 1960 όμως τα πράγματα άλλαξαν και πολλές ειδικότητες ανέπτυξαν χειρουργούς ογκολόγους.

Ο σημερινός χειρουργός ογκολόγος, με τον πρωτεύοντα ρόλο που διαδραματίζει στη θεραπεία των καρκινοπαθών (55% των όγκων χειρουργούνται, 30% ακτινοβολούνται και 15 – 20 % λαμβάνουν χημειοθεραπεία).

Ο χειρουργός ογκολόγος θα πρέπει πλην των εγχειρητικών ικανοτήτων του να έχει ένα ευρύ πεδίο γνώσεων

- Στην Παθολογική Ανατομική
- Στην Ακτινοθεραπεία.
- Στη Χημειοθεραπεία
- Στις κλινικές μελέτες.
- Στην έρευνα
- Στη Μοριακή Βιολογία
- Στη Γενετική.

Ακόμη πρέπει να έχει γνώσεις όσον αφορά την *πρόληψη* της νόσου και *έγκαιρη διάγνωση* και *θεραπεία*.

Σήμερα γνωρίζουμε κατόπιν μελετών ότι ο σημερινός χειρουργός ογκολόγος ο οποίος πληρεί τις ανωτέρω προϋποθέσεις και χειρουργεί αποκλειστικά όγκους, έχει ελάχιστες επιπλοκές και τη μεγαλύτερα δυνατή επιβίωση. Αυτός επίσης θα κρίνει σωστά πότε να γίνει η επέμβαση και ποια έκταση πρέπει να έχει (ρίζικότητα)

Σήμερα στην Αμερική και Γερμανία κυκλοφορούν φυλλάδια που ενημερώνουν τον πληθυσμό ποιες κλινικές είναι οι καλύτερες για τη θεραπεία διαφόρων νόσων και ιδιαίτερα για τον καρκίνο.

Στην Αμερική οι καλύτερες χειρουργικές κλινικές για την αντιμετώπιση του καρκίνου είναι στα:

- Memorial Sloan Kettering Cancer Center στη Ν.Υ.
- M.D. Anderson (Houston – Texas)
- John Hopkins της Βαλτιμόρης.

B. Η χειρουργική ογκολογία κατά την εξάσκηση της διέπεται από ορισμένους κανόνες που πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του ο χειρουργός, για την άψογη εφαρμογή της. Βεβαίως όπως προηγουμένως ελέχθη ο χειρουργός, θα πρέπει να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και να είναι πλήρως ενημερωμένος με τα τελευταία επιτεύγματα της χειρουργικής ογκολογίας.

Ένα πρώτο μέλημα πρέπει να είναι, αφού μελετήσει τον ασθενή, η ενημέρωσή του για την πάθηση, την θεραπεία, τις επιπλοκές, την τυχόν αναπηρία, την πρόγνωση (επιβίωση) και την ποιότητα της ζωής. Σε πολλές περιπτώσεις για ψυχολογικούς λόγους είναι υποχρεωμένος να ενημερώνει και τους συγγενείς του ασθενούς. Όσον αφορά τη νόσο, ο χειρουργός οφείλει να διαγνώσει πρώτα την πάθηση τεκμηριώνοντας την κακοήθειά της.

Αυτό επιτυγχάνεται με τη βιοψία του όγκου και την ιστολογική διάγνωση.

Η βιοψία διακρίνεται στην incisional biopsy όταν το υλικό προς εξέταση αποτελεί τμήμα μόνον της βλάβης ή την exsional biopsy όταν έχει αφαιρεθεί ολόκληρη η βλάβη η οποία είναι μικρή και η διάμετρός της δεν ξεπερνά τα 2 – 3εκ. Ακόμη η βιοψία μπορεί να γίνει με βελόνα είτε λεπτή final needle biopsy ή ευρύστομο. Και οι δύο μέθοδοι είναι λίαν χρήσιμες και βοηθούν στη λήψη υλικού.

Χρήσιμη επίσης είναι και η κυτταρολογική εξέταση υγρού ή υλικού επί της βλάβης. Η τεκμηρίωση της κακοήθειας της νόσου είναι εκ των «ων ουκ άνευ» διότι πλην της διαγνώσεως εξασφαλίζει τον ασθενή αλλά και τον γιατρό από διάφορες παρεξηγήσεις και κυρίως την έλλειψη εμπιστοσύνης προς τον ιατρό και σοβαρότητας στην περίπτωση που δεν γίνει.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί και η αποφολιδωτική κυτταρολογική εξέταση «μέθοδος Παπανικολάου» η οποία ενδείκνυται για την έγκαιρο διάγνωση ορισμένων νεοπλασμάτων όπως είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας «PAP test».

Χειρουργική θεραπεία.

α). Ριζική μαστεκτομή (Halsted) αφαίρεση ολοκλήρου μαστού, θωρακικών μυών, καθαρισμός μασχάλης - μικρή υποτροπή 10-15%.

β). Εκτεταμένη ριζική μαστεκτομή : ριζική μαστεκτομή + αφαίρεση των λεμφαδένων της έσω μαστικής

γ). Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή : αφαίρεση μαστού, αφαίρεση περιτονίας του μείζονα θωρακικού και καθαρισμός μασχάλης.

δ). Απλή μαστεκτομή : αφαίρεση μαστού χωρίς καθαρισμός μασχάλης επί διηθημένες λεμφαδένες ακτινοθεραπεία

ε). Τμηματική μαστεκτομή : καθαρισμός μασχάλης+ αφαίρεση πρωτοπαθής εστίας ή εκτομή ολοκλήρου τεταρτημόριου + ακτινοθεραπεία.

ΕΝΔΕΙΞΗΣ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗΣ

Τροποποιημένη ριζική μαστεκτομή

1. Κλινικά στάδιο II.
2. Όταν το κοσμητικό αποτέλεσμα δεν ενδιαφέρει
3. Πρωτοπαθής όγκος > 4 cm.
4. Όταν ο όγκος είναι σε περιοχή του μαστού που το κοσμητικό αποτέλεσμα δεν θα ικανοποίησε την ασθενή
5. Πολλαπλές πρωτοπαθείς εστίες.
6. Ηλικιωμένα άτομα
7. Μικρός μαστός

Τμηματική εκτομή

1. Στάδιο I
2. Πρωτοπαθής όγκος είναι \leq των 4 cm και είναι μονήρης
3. Όταν το κοσμητικό αποτέλεσμα και η διατήρηση του μαστού είναι σπουδαίο λόγω για την ασθενή.
4. Σε ασθενείς νεαρά ηλικίας. Ακτινοθεραπεία εφαρμόζεται σε μικρό βαθμό και σε περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων.

Υπάρχουν διάφορα είδη χειρουργικής θεραπείας που μπορούν να εφαρμοσθούν στον ογκολογικό ασθενή αναλόγως της περιπτώσεως εκτός της βιοψίας.

- Ριζική χειρουργική θεραπεία
- Εγχείρηση με στόχο να μειωθεί ο καρκινικός κυτταρικός πληθυσμός (debulking Surgery).
- Χειρουργική αφαίρεση μεταστάσεων (π.χ. ήπαρ)
- Χειρουργική αντιμετώπιση επειγουσών ογκολογικών καταστάσεων.
- Χειρουργικές επεμβάσεις ανακουφιστικές
- Επανορθωτικές επεμβάσεις (αποκατάσταση)
- Προληπτικές επεμβάσεις (π.χ. αφαίρεση μαστού σε ασθενείς υψηλού κινδύνου ή μήτρας)
- Θεραπευτική μεταμόσχευση: Δεν έχει επικρατήσει λόγω αυξημένης θνησιμότητας.
- Προφυλακτική μεταμόσχευση: εφαρμόζεται επί του παρόντος για προκαρκινικές καταστάσεις.

Από όλες αυτές τις χειρουργικές θεραπείες η καλούμενη θεραπευτική χειρουργική επέμβαση είναι η καλύτερη και πιο σημαντική για τον ασθενή. Συνίσταται δε σε en block αφαίρεση του πρωτοπαθούς όγκου. Η αφαίρεση αυτή θα πρέπει να γίνεται με ήπιους χειρισμούς χωρίς να «ταλαιπωρείται ο πρωτοπαθής όγκος».

Στην εγχείρηση αφαιρούνται και οι γειτονικοί ιστοί που προσκολλούνται στον πρωτοπαθή όγκο διότι πιθανώς μπορεί να είναι διηθημένοι, παράδειγμα αποτελεί η αφαίρεση του όγκου του παχέος εντέρου μαζί με τμήμα λεπτού εντέρου προσκεκολλημένου στη βλάβη. Άλλο παράδειγμα αποτελεί η αφαίρεση οπισθοπεριτοναϊκού σαρκώματος αριστερά, μαζί με τον αριστερό νεφρό, σπλήνα, αριστερά κολική καμπή και περιφερικό πάγκρεας. Γι' αυτό στις ογκολογικές επεμβάσεις αποτελεί αξίωμα η ριζικότητα. Βεβαίως ο χειρουργός πρέπει να είναι ικανός να χρησιμοποιήσει την en block εξαίρεση και ριζικότητα της επεμβάσεως στο μέτρο και το όριο που θα ωφελήσει τον ασθενή.

Η παραβίωση αυτή της χρυσής τομής είναι εις βάρος του ασθενούς και από πολλούς αυτές οι επεμβάσεις δεν ονομάζονται θεραπευτικές επεμβάσεις αλλά χειρουργικά γυμνάσια. Η ευρεία αφαίρεση του όγκου με καθαρά όρια αφαιρέσεως (Free margins) αποτελεί επίσης ένα άλλο αξίωμα των χειρουργικής ογκολογίας. Κατόπιν μελετών για την αφαίρεση μελανώματος η απόσταση από τη βλάβη κυμαίνεται από 1 έως 2εκ. Για τους άλλους όγκους π.χ. στον καρκίνο του ορθού παλαιότερα ήταν 5εκ., αλλά κατόπιν νεωτέρων μελετών σήμερα χρησιμοποιείται απόσταση 2εκ. για το περιφερικό άκρο και 10 – 15εκ. για το κεντρικό άκρο.

Η ριζική αφαίρεση του όγκου και η αφαίρεση των συστοίχων λεμφαδένων είναι τα δύο πιο σπουδαία αξιώματα της χειρουργικής ογκολογίας.

Η συναφαίρεση των λεμφαδένων είναι απαραίτητη διότι:

- δύσκολα αντιμετωπίζεται με άλλη μέθοδο πλην της χειρουργικής
- χρησιμεύουν για την σταδιοποίηση της νόσου
- χρησιμεύουν για την απόφαση της συμπληρωματικής θεραπείας.

Το καλύτερο παράδειγμα αποτελεί ο καρκίνος του μαστού όπου γίνεται αφαίρεση του όγκου και καθαρισμός των λεμφαδένων της μασχάλης οι διηθημένοι λεμφαδένες παρίστανται με N₁, N₂, ή N₃ στο TNM σύστημα.

Γνωρίζοντας δε ότι οι λεμφαδένες της μασχάλης είναι διηθημένοι σε μια ασθενή με καρκίνο του μαστού, αποφασίζουμε τη χορήγηση χημειοθεραπείας μετεγχειρητικώς.

Τελευταίως χρησιμοποιείται η χειρουργική αφαίρεση του «φρουρού λεμφαδένα» βασικά στον καρκίνο του μαστού και στο μελάνωμα αλλά και σε άλλους καρκίνους.

Σε περίπτωση αρνητικού φρουρού λεμφαδένα δεν αφαιρούμε τους λεμφαδένες της μασχάλης ή της μηροβουβωνικής περιοχής. Με τη μέθοδο αυτή αποφεύγονται οι μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως το μετεγχειρητικό οίδημα του άκρου.

ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Ο χειρουργός ογκολόγος πρέπει να διαδραματίζει ένα πρωτεύοντα ρόλο στην αντιμετώπιση του ογκολογικού ασθενή γι' αυτό πρέπει να έχει αποκτήσει γνώσεις σε διαφόρους τομείς της ογκολογίας γενικώς.

Bruno Salvadori προσδιόρισε επιγραμματικά τις πιο κάτω δραστηριότητες των χειρουργών – ογκολόγων:

- Γνώση των βασικών επιστημών σε ικανό βαθμό ώστε να μπορούν να συνεργάζονται με τους ερευνητές για τον καρκίνο και να μεταφέρουν στην κλινική πράξη μεθόδους που επινοούνται στα ερευνητικά εργαστήρια.
- Γνώση των βασικών αρχών της παθολογικής ογκολογίας ώστε να κατανοούν τη φαρμακοκινητική των αντινεοπλασματικών φαρμάκων
- Γνώση της μεθοδολογίας των κλινικών δοκιμών.
- Γνώση των μεθόδων ορθής παρακολούθησης των ογκολογικών ασθενών.
- Γνώση των σύγχρονων εγχειρητικών τεχνικών σταδιοποίησης και χειρουργικής θεραπείας των κακοηθών όγκων και δυνατότητα συνεργασμού τους με άλλες μορφές θεραπείας.

Προληπτική χειρουργική

Με τη μελέτη του ανθρωπίνου γονιδιώματος ήλθαν στο φως γνώσεις για τη δημιουργία του καρκίνου σε επίπεδο γενετικής. Έτσι η οικογενής πολυποδίαση απεδείχθη ότι οφείλεται στο γονίδιο APC και απεμονώθη στο χρωμόσωμα 5 στη θέση 21.

Εάν συμβούν μεταλλάξεις στο γονίδιο αυτό, θα δημιουργηθεί στη δεύτερη ή τρίτη δεκαετία του ατόμου καρκίνος του παχέος εντέρου. Γι' αυτό συνιστάται

αφαίρεση του παχέος εντέρου στην ηλικία των 10 – 12 ετών για πρόληψη εμφάνισης του καρκίνου. Παρ' όλη την αφαίρεση του παχέος εντέρου η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου στο παραμείναν κολόβωμα του ορθού ανέρχεται στο 59%. Επίσης στην πολλαπλή ενδοκρινική νεοπλασματική νόσο τύπου δύο, εάν η καλσιτονίνη αυξάνει πρέπει να γίνει ολική θυρεοειδεκτομή για αποφυγή ανάπτυξης μυελώδους καρκίνου του θυρεοειδούς.

Άλλο παράδειγμα αποτελεί η προληπτική μαστεκτομή σε ασθενείς υψηλού κινδύνου λόγω κληρονομικότητας και ύπαρξης καρκινικού γονιδίου.

Είχε βρεθεί επίσης το γονίδιο BRCA1 στο χρωμόσωμα 17, στις μεταλλάξεις του οποίου οφείλεται η κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη καρκίνου μαστού και ωοθηκών, στο ομώνυμο σύνδρομο μαστού- ωοθήκης. Την ίδια επίσης περίοδο προσδιορίστηκε ένα δεύτερο γονίδιο, BRCA2, το οποίο συνδέεται με κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.

Η πρόοδος που έχει συντελεστεί τα τελευταία χρόνια στη γενετική είχε ως αποτέλεσμα την ανίχνευση και τον προσδιορισμό πολλών γονιδίων, οι αλλαγές των οποίων αποτελούν τη γενετική βάση πολλών οικογενών καρκινικών συνδρόμων. Ο κατάλογος των γονιδίων αλλά και των αναγνωρίσιμων συνδρόμων μεγαλώνει συνεχώς. Γνωρίζουμε σήμερα 300 καρκινικά σύνδρομα ενώ υπάρχουν περισσότερες από 100 μονογονιδιακές ασθένειες, προκαλούμενες από μετάλλαξη ενός γονιδίου σε μια συγκεκριμένη γενετική θέση, στις οποίες η κακοήθεια είναι μέρος του φαινοτύπου που τις χαρακτηρίζει.

Ο οικογενής καρκίνος δεν είναι πάντα κληρονομούμενος. Η εμφάνιση καρκίνου σε άτομα της ίδια οικογένειας μπορεί να είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλαπλών γονιδίων, αλλά και περιβαλλοντικών παραγόντων. Μπορεί επίσης η συνύπαρξη καρκινοπαθών στην ίδια οικογένεια να είναι ζήτημα τύχης. Ο οικογενής καρκίνος μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς και μη γενετικούς παράγοντες, γιατί τα μέλη μιας οικογένειας συχνά υφίστανται την επίδραση των ίδιων περιβαλλοντικών καρκινογόνων.

Συνεπώς από τον οικογενή καρκίνο, ένα ποσοστό μόνον οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, σε αλλαγές του γενετικού υλικού που μεταβιβάζονται από τους γονείς στα παιδιά και προσδίδουν μία κληρονομική προδιάθεση στα μέλη μιας οικογένειας που είναι φορείς της μετάλλαξης να νοσήσουν. Μία μεγάλη ποικιλία τύπων καρκίνου αναπτύσσονται στα οικογενή καρκινικά σύνδρομα γενετικής αιτιολογίας. Στα μέλη της οικογένειας που είναι φορείς μιας τέτοιας μετάλλαξης χρειάζεται να συμβούν και άλλες γενετικές αλλαγές για να αναπτυχθεί καρκίνος.

<< Δεν κληρονομείται ο καρκίνος, αλλά η γενετική προδιάθεση στην ανάπτυξη καρκίνου >>.

ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΤΗΣ ΓΕΝΕΤΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Ένας αριθμός γενετικών δεικτών μπορεί να αξιοποιηθεί για τον προσδιορισμό όγκων με καλή ή κακή πρόγνωση, για την αξιολόγηση της επιθετικότητας του όγκου, την πιθανότητα υποτροπής και επανεμφάνισής του. Πχ. Η καρυστυπική πολυπλοκότητα είναι δείκτης κακής πρόγνωσης σε αρκετούς τύπους καρκινωμάτων σε αντίθεση με τον προσδιορισμό απλών χρωμοσωμικών ανωμαλιών, οι οποίες συνήθως υποδηλώνουν καλή πρόγνωση σε αρκετούς τύπους όγκων.

Κυτταρογενετικοί και μοριακοί γενετικοί δείκτες μπορούν να συμβάλλουν στη διαφορική διάγνωση κυρίων μεταιχμιακών νεοπλασμάτων, καρκίνων αγνώστου πρωτογενούς εστίας και σε άλλες περιπτώσεις αμφισβητούμενης με τις κλασικές μεθόδους διάγνωσης.

Καρυοτυπικές πληροφορίες μπορούν να αξιοποιηθούν για την επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών σχημάτων καθώς επίσης και για τον έλεγχο της ανταπόκρισης του ασθενούς στη θεραπεία.

Ένας αριθμός γενετικών δεικτών μπορεί να εξασφαλίσει την προσυμπτωματική διάγνωση σε άτομα υψηλού κινδύνου, μέλη οικογενειών με κληρονομική προδιάθεση για την ανάπτυξη καρκίνου (Cancer Families) του μαστού και των ωοθηκών, του παχέος εντέρου και του προστάτη.

Η αξιοποίηση των δεδομένων της γενετικής ογκολογίας είναι «εκ των ουκ άνευ» θεμέλιο για την ανάπτυξη της γονιδιακής θεραπείας. Η ανάπτυξη φαρμακολογικών παραγόντων κατασταλτικών της ογκογενετικής δραστηριότητας ή παραγόντων που μιμούνται τη λειτουργία των ογκοκατασταλτικών γονιδίων είναι οι άμεσοι και βασικοί στόχοι της προσπάθειας για την ανάπτυξη γονιδιακής θεραπείας. Δύο τουλάχιστον σκευάσματα αυτής της κατηγορίας είναι σήμερα διαθέσιμα (Glivec & Herceptin).

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΡΥΠΤΟΓΡΑΦΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ

- Προφυλακτική χειρουργική σε μέλη οικογενειών που ανήκουν σε καρκινικά σύνδρομα και είναι φορείς των αντιστοιχών μεταλλάξεων (μαστεκτομή, ωοθηκεκτομή, κολεκτομή)
- Μεταμόσχευση οργάνων σε συνδυασμό με γενετική ανάλυση σε διάφορες παθήσεις.
- Πλαστική χειρουργική- αισθητική χειρουργική π. χ. “cloning of hair” και χειρουργική μεταμόσχευση.
- Καρδιοχειρουργική (μυσπάθειες εμφυτεύσεις)

Έχουμε πολύ δρόμο ακόμη να διανύσουμε μέχρι τη «γονιδιακή θεραπεία» ή κατ’ άλλους «γονιδιακή χειρουργική»

Μέχρι τότε οι χειρουργοί χρειάζεται να παρακολουθούν και να ενημερώνονται για τις εξελίξεις, αλλά κυρίως να λειτουργούν με συλλογικό πνεύμα σε συνεργασία με άλλες ειδικότητες, συμπεριλαμβανομένων των γενετιστών.

ΠΡΩΤΕΩΜΑ ΚΑΙ Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΓΟΝΙΔΙΩΜΑΤΟΣ

Η έρευνα στρέφεται και στη μελέτη του ανθρωπίνου πρωτεώματος. Με τον όρο αυτό εννοούμε το σύνολο των πρωτεϊνών που παράγονται από τα κύτταρα και τους ιστούς του ανθρώπου. Οι πρωτεΐνες είναι τρόπον τινά τα δομικά και λειτουργικά συστατικά του οργανισμού, ενώ το γονιδίωμα είναι το αρχείο πληροφοριών που ρυθμίζει την παραγωγή τους.

Η μελέτη συνίσταται στην:

- Ανίχνευση και ταυτοποίηση όλων των πρωτεϊνών
- Στην εξακρίβωση του τρόπου αλληλεπίδρασης και την περιγραφή των δικτύων μεταγωγής μηνυμάτων που απαρτίζονται από πρωτεΐνες.
- Στην περιγραφή της τρισδιάστατης δομής των πρωτεϊνών.

Η μελέτη των πρωτεϊνών είναι δυσκολότερη από τη μελέτη των γονιδίων του DNA διότι τα γονίδια υπολογίζονται περί τα 30 χιλιάδες, ενώ οι πρωτεΐνες εκατοντάδες χιλιάδες.

Τα αποτελέσματα της μελέτης του πρωτεώματος θα χρησιμοποιηθούν για:

α. πρόωμη διάγνωση του καρκίνου

β. στην παραγωγή νέων φαρμάκων με λιγότερες επιπλοκές.

<< Πενήντα χρόνια από την ανακάλυψη του DNA συμπληρώνονται και η μεγαλύτερη προσδοκία αξιοποίησης της γενετικής πληροφορίας στην ιατρική είναι η

εξατομικευμένη αντιμετώπιση κάθε ασθενούς με βάση τις γενετικές πληροφορίες που μπορεί να δώσει η γενετική ανάλυση σε κάθε περίπτωση >>.

Ορμονοθεραπεία

Η ορμονοθεραπεία είναι μια μορφή αντινεοπλασματικής θεραπείας που χορηγείται με επιτυχία στα ορμονοευαίσθητα κακοήγη νεοπλάσματα, όπως καρκίνος του προστάτη, καρκίνος του μαστού, καρκίνος του ενδομητρίου. Τα οιστρογόνα και τα προγεστερινοειδή και οι αντίστοιχοι υποδοχείς τους (οιστρογονικοί-προγεστερονικοί) αποτελούν καθοριστικούς ρυθμιστικούς παράγοντες του πολλαπλασιασμού, της διαφοροποίησης και της απόπτωσης των φυσιολογικών κυττάρων του μαστού. Αντίστοιχα, δρουν και στα καρκινικά κύτταρα του μαστού επάγοντας τον πολλαπλασιασμό και την αύξηση. Τα οιστρογόνα (E) συνδέονται με τους πυρηνικούς οιστρογονικούς υποδοχείς (estrogen receptors - ER) και το δημιουργούμενο σύμπλεγμα E-ER τροποποιεί τη μεταγραφή γονιδίων-στόχων.

Το τελικό αποτέλεσμα εξαρτάται από την παρουσία πρωτεϊνών θερμικής καταπληξίας (heat shock proteins) και συγκατασταλτικών (co repressors) και συνεργητικών (co activators) πρωτεϊνών (όπως π.χ. η GMP/P300, T1 F2, N-CoR, SMRT, NSD1 κ.λπ.) που τροποποιούν την ακετυλίωση των υποδοχέων και των ιστονών. Έτσι, αφενός η N-CoR ογκοκατασταλτική πρωτεΐνη καθιστά το σύμπλεγμα ταμοξιφένης - ER αγωνιστικό (δράση οιστρογόνου) και δημιουργεί συνθήκες αντίστασης στην ταμοξιφένη. Αφετέρου η ακετυλίωση των ERa από τη GMP/P300 συνεπάγεται καταστολή της δραστηριότητας των ER μέσω μη ενεργοποίησης της MAPK.

Οι ενδοκρινικοί χειρισμοί στη θεραπεία του ορμονοευαίσθητου καρκίνου του μαστού μπορεί να είναι αφαιρετικοί (ωθηκεκτομή, υποφυσεκτομή, επινεφριδεκτομή), προσθετικοί (οιστρογόνα, προγεσταγόνα, ανδρογόνα), ανταγωνιστικοί (εκλεκτικοί τροποποιητές των οιστρογονικών υποδοχέων, όπως ταμοξιφένη και ραλοξιφένη και αμιγή αντιοιστρογόνα, όπως η φουλφεστράνδη), και τέλος ανασταλτικοί (αγωνιστές LH-RH και αναστολείς αρωματάσης, όπως η αναστραζόλη, η λετροζόλη και η εξαμεστάνη). Η τελευταία κατηγορία των αναστολέων της αρωματάσης αναστέλλει την παραγωγή των οιστρογόνων στους περιφερικούς ιστούς σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες μέσω της παρεμπόδισης της μετατροπής των ανδρογόνων των επινεφριδίων σε οιστρογόνα.

Η ορμονοθεραπεία στον καρκίνο του μαστού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μεταστατική νόσο, ως εισαγωγική (induction) και προεγχειρητική (neo-adjuvant) θεραπεία, ως συμπληρωματική (adjuvant) αγωγή και τέλος ως προφύλαξη (prevention) από ανάπτυξη καρκίνου μαστού σε ορμονοευαίσθητο καρκίνο.

Στη μεταστατική ορμονοευαίσθητη νόσο σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες φαίνεται ότι οι αναστολείς των αρωματασών υπερτερούν της ταμοξιφένης και αποτελούν σήμερα τη θεραπεία εκλογής πρώτης γραμμής.

Ως συμπληρωματική θεραπεία οι αντιαρωματάσες φαίνεται επίσης να αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στις μετεμμηνοπαυσιακές ασθενείς με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού.

Σήμερα, υπάρχουν ισχυρά δεδομένα που πείθουν ότι μετά από 5 χρόνια χορήγησης ταμοξιφένης η χορήγηση λετροζόλης παρατείνει το χρονικό διάστημα ελεύθερο νόσου. Αντίστοιχα, καλά αποτελέσματα φαίνεται να προκύπτουν όταν η ταμοξιφένη μετά πάροδο 2-3 ετών αντικατασταθεί από την εξαμεστάνη για 2-3 χρόνια.

Τέλος, η χορήγηση αντιαρωματασών, όταν γίνεται στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ορμονοευαίσθητο καρκίνο μαστού ελαττώνει την επίπτωση εμφάνισης

διηθητικού και μη διηθητικού καρκίνου μαστού σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι η ταμοξιφένη.

Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για επανεμφάνιση της νόσου στο μαστό και στις γειτνιαζουσες περιοχές. Η χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μπορεί να είναι μαστεκτομή για προχωρημένα στάδια ή μόνο αφαίρεση του όγκου όταν πρόκειται για αρχικά στάδια.

Η ακτινοθεραπεία μετά από τη μαστεκτομή μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των ασθενών. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης και για τις ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου μαστού. Η πιο πιθανή εξήγηση για το γεγονός ότι υπάρχει βελτίωση της επιβίωσης των ασθενών λόγω ακτινοθεραπείας μετά από συντηρητική χειρουργική επέμβαση στα αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, είναι ότι επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της ασθένειας τοπικά.

Η ακτινοθεραπεία που ακολουθεί την αφαίρεση του όγκου, μειώνει τον κίνδυνο επανεμφάνισης του, στην περιοχή που αρχικά εμφανίστηκε. Πετυχαίνοντας αυτό, μειώνει τον κίνδυνο για μεταστάσεις σε άλλα όργανα και ιστούς του οργανισμού.

Η χρησιμότητα της ακτινοθεραπείας στα αρχικά στάδια του καρκίνου του μαστού εξετάστηκε από ερευνητές από το Βέλγιο και τις Ηνωμένες Πολιτείες οι οποίοι αξιολόγησαν 15 διεθνείς θεραπευτικές δοκιμές στις οποίες έλαβαν μέρος περισσότερες από 9.000 γυναίκες.

Όλες οι γυναίκες στις εν λόγω μελέτες, είχαν υποβληθεί σε αφαίρεση του όγκου (συντηρητική προσέγγιση) για αρχικό στάδιο καρκίνου μαστού. Από αυτές περίπου οι μισές, έλαβαν ακτινοθεραπεία.

Στην ανάλυση τους οι γιατροί διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με αρχικά στάδια καρκίνου του μαστού, οι οποίες δεν ελάμβαναν ακτινοθεραπεία μετά από τη συντηρητική χειρουργική επέμβαση, είχαν 8,6% μεγαλύτερο ποσοστό θανάτων σε σύγκριση με αυτές οι οποίες ελάμβαναν ακτινοθεραπεία. Οι γυναίκες που δεν έπαιρναν ακτινοθεραπεία, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν τοπική υποτροπή της ασθένειας τους.

Τα αποτελέσματα αυτά ενδυναμώνουν αυτό που ακολουθείται σήμερα στις περισσότερες περιπτώσεις καρκίνων μαστού στα αρχικά στάδια. Σύμφωνα με τις συστάσεις των Εθνικών Ινστιτούτων Υγείας (National Institutes of Health) των Ηνωμένων Πολιτειών, η ακτινοθεραπεία είναι αναγκαία για όλες τις γυναίκες οι οποίες υποβάλλονται σε συντηρητική επέμβαση (ογκεκτομή) για καρκίνο του μαστού.

Επίσης για τις πλείστες περιπτώσεις συστήνεται συμπληρωματική χημειοθεραπεία. Η χημειοθεραπεία μπορεί να σκοτώσει όλα τα υπολειπόμενα καρκινικά κύτταρα που πιθανόν να παραμένουν είτε τοπικά στο μαστό είτε αλλού στο σώμα.

Οι σύγχρονες τεχνικές ακτινοθεραπείας μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο λόγω ακτινοβολίας της καρδιάς και έτσι μειώνονται οι κίνδυνοι μακροχρόνιων επιπλοκών. Σε ορισμένες περιπτώσεις γυναικών μπορούν να υπάρχουν ιδιαίτερες περιστάσεις όπως για παράδειγμα προηγηθείσα ακτινοθεραπεία ή άλλα προβλήματα. Στις περιπτώσεις πρέπει εξατομικευμένα να ληφθούν υπ' όψη τα υπέρ και τα κατά της ακτινοθεραπείας.

Είναι αναγκαίο τώρα να διερευνηθεί με ανάλογο τρόπο κατά πόσο η συμπληρωματική χημειοθεραπεία μειώνει τα ποσοστά υποτροπής και θνητότητας.

- Η ακτινοθεραπεία μετά από χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο για επανεμφάνιση της νόσου στο μαστό και στις γειτνιάζουσες περιοχές.
- Η χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού μπορεί να είναι μαστεκτομή για προχωρημένα στάδια ή μόνο αφαίρεση του όγκου όταν πρόκειται για αρχικά στάδια.
- Η ακτινοθεραπεία μετά από τη μαστεκτομή μπορεί να έχει θετικές επιδράσεις στην επιβίωση των ασθενών.
- Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η ακτινοθεραπεία βελτιώνει τις πιθανότητες επιβίωσης και για τις ασθενείς με αρχικά στάδια καρκίνου μαστού.

Χημειοθεραπεία :

Μεγάλος αριθμός ασθενών με πρωτοπαθή καρκίνο μαστού εμφανίζουν μη κλινικές φανερές μεταστάσεις(μικρομεταστάσεις) κατά το χρόνο διάγνωσης του καρκίνου. Σημαντική βελτίωση χρόνου επιβίωσης και τοπικής υποτροπής γίνεται όταν η χειρουργική θεραπεία συνδυάζεται με την επικουρική χημειοθεραπεία. Η επικουρική θεραπεία συνίσταται σε ασθενείς που έχουν μεγαλύτερο κίνδυνος υποτροπής και υποκλινικών μεταστάσεων.

Εκτός από τον αριθμό των διηθημένων λεμφαδένων υπάρχουν και άλλα κριτήρια για την χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας:

1. Μέγεθος του όγκου (>4 cm)
2. Εντόπιση του όγκου(έσω ημιμόριο)
3. Ιστολογικός χαρακτήρας α) τύπος καρκίνου, β) βαθμός διαφοροποίησης
4. Ιστολογικός διήθηση περινευρικής, αιμοφόρου, λεμφοφόρου αγγείου
5. Παρατεταμένες τιμές CEA 2 εβδομάδες μετά από την επέμβαση.

Η χορήγηση επικουρικής χημειοθεραπείας γίνεται 2-3 εβδομάδες μετά από την επέμβαση με κυκλικό τρόπο και ο χρόνος εφαρμογής κυμαίνεται για 1-2 χρόνια ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα:

1. L-PAM (L-phenylalnine mustard)
2. CMF συνδυασμός 3 φαρμάκων(κυκλοφωσφαμίδη, μεθοτρεξάτη και 5-φλουοροουρακίλης).
3. Άλλοι συνδυασμοί CMF VP

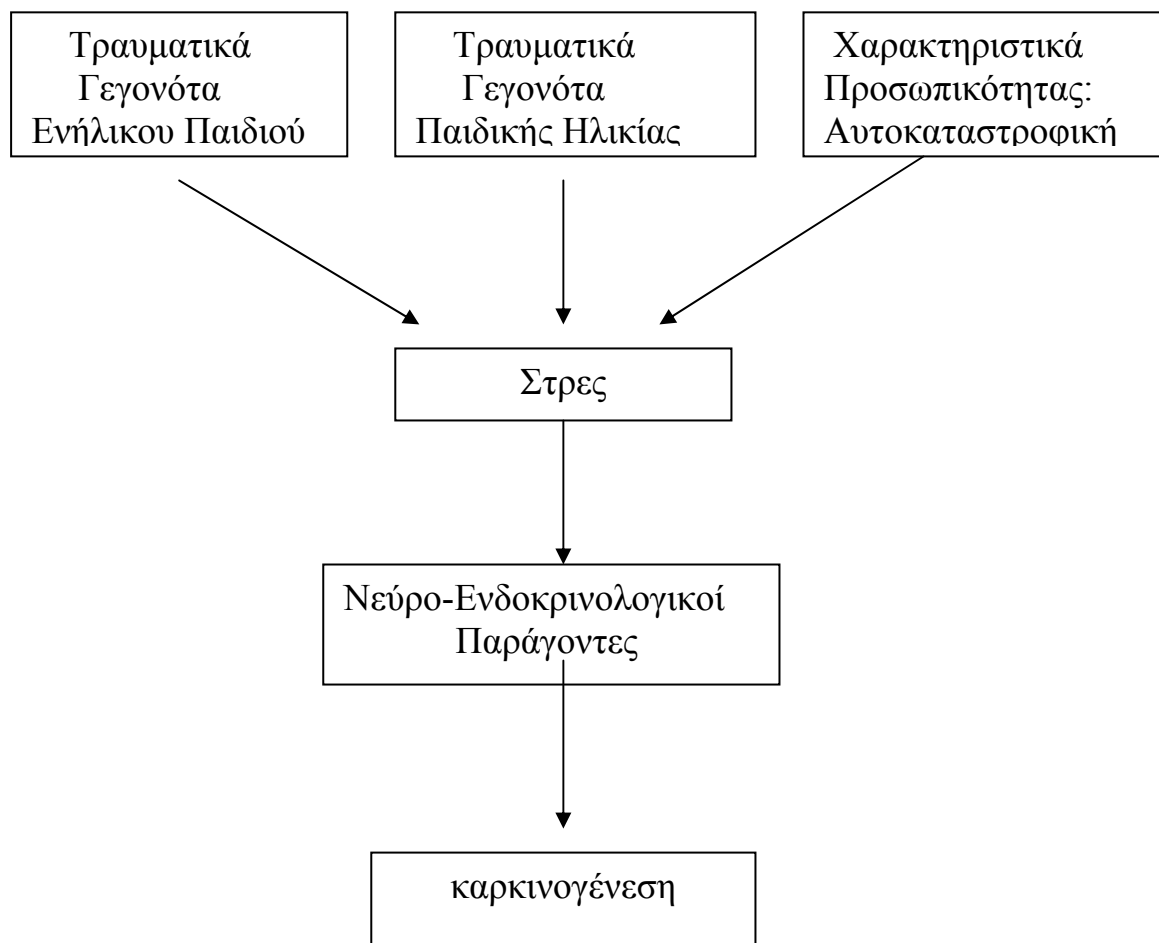
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Η λέξη καρκίνος είναι μια λέξη επίφοβη, που συνοδεύεται με πόνο και θάνατο. Η κοινωνία μας συστηματικά αρνείται το θάνατο. Τον θεωρεί σαν αποτυχία και ως κάτι που δεν έχει σχέση με την ζωή. Έτσι όταν διαγιγνώσκετε καρκίνος στις περισσότερες περιπτώσεις, το πρόσωπο που του γίνεται αυτή η διάγνωση νιώθει έντονο σοκ, και συνειδητά έρχεται αντιμέτωπο με το θάνατο. Αυτό απελευθερώνει στον ασθενή μια θύελλα από συναισθήματα, που κυμαίνονται από το φόβο, την οργή, την μανία και την κατάθλιψη. Στην κατάσταση συναισθηματικού χάους, ο ασθενής βλέπει τον εαυτό του να περικλείεται από το περιβάλλον του νοσοκομείου και να αρχίζει τον ατελείωτο κύκλο των ραντεβού, των εξετάσεων, των ακτινογραφιών των επισκέψεων και των αιθουσών αναμονής: όλα αυτά κάνουν μία ήδη δύσκολη περίοδο απλά πιο ανησυχητική.

Με τον όρο «καρκινοπαθείς» εννοούμε τον άρρωστο που πάσχει από οποιαδήποτε κακοήθη νόσο και με τη λέξη «καρκίνος» οποιαδήποτε κακοήθης νόσος

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΚΙΝΟΓΕΝΕΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ



Στρες και καρκίνος

Οι αντιλήψεις που συνδυάζουν το καθημερινό στρες με τα νοσήματα πήραν την πρώτη τυπική τους αναγνώριση στη σύγχρονη επιστημονική έρευνα ήδη από το 1949, όταν πραγματοποιήθηκε η πρώτη «Συνδιάσκεψη για το στρες της ζωής και τις σωματικές νόσους».

Συνοπτική περιγραφή των εργασιών που σχετίζονται με το στρες και την εκδήλωση κακοηθών νεοπλασιών σε ανθρώπους.

1956 Greene	Διαπιστώνεται υψηλή επιπτώσεων στη
1958 Greene και Miller	μαντικών απωλειών πριν την έναρξη λευχαιμιών σε παιδιά και γυναίκες.
1958 Le Shan	Μείζων συγκινησιακή απώλεια προηγείται της ανάπτυξης νεοπλασιών
1977 Scmale και Iker	Συνδρομο (hopelensness and hopelensness) σε γυναίκες που θα αναπτύξουν καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.
1977 Le Shan	Επισημαίνει την υψηλή επίπτωση σημαντικής απώλειας μεταξύ καρκινοπαθών και κοινά χαρακτηριστικά στην προσωπικότητα.
1979 Horne και Picard	Πρόβλεψη με υψηλή αξιοπιστία με βάση ψυχοκοινωνικά στοιχεία, της διάγνωσης πνευματικής σκιερότητας.
1981 Baltusch και Stangel	Η αληθής πολυκυτταραιμία πυροδοτείται από το ψυχοκοινωνικό στρες. Ρόλος προσωπικότητας, πρώμων οικογενειακών εμπειριών.

Σε μελέτη που έγινε μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού ο Becker (1979) σύγκρινε ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά ανάμεσα σε μια ομάδα (N=25) νέων στην ηλικία αρρώστων (28-48 ετών) προς άλλη ομάδα (N=24) μεγαλύτερων γυναικών (50-69 ετών). Στατιστικά σημαντικές διαφορές για την ομάδα των νεότερων στην ηλικία ασθενών βρέθηκαν στις εξής παραμέτρους:

- Θάνατος ή αποχωρισμός από έναν από τους γονείς (64%, vs 25%, p 0,01%).
- Αρμονικές στενές σχέσεις (νέες 8%, μεγαλύτερες 36%, p 0,05%)
- Έλλειψη αγάπης (νέες 60%, μεγαλύτερες 29%, p 0,05%).

Η ίδια μελέτη, εκτός από περισσότερες του μέσου όρου παιδικές τραυματικές εμπειρίες, έδειξε σκληρή νεανική ηλικία με έλλειψη αγάπης, στοργής και τρυφερότητας, αυξημένες ευθύνες και υψηλή επίπτωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στις νεότερες άρρωστες.

Η προσωπικότητα του καρκινοπαθούς

Η προσωπικότητα του ατόμου με καρκίνο έχει ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως φτωχή συγκινησιακή εκφόρτιση, αδυναμία έκφρασης προς τα έξω επιθετικών συναισθημάτων, τάση για απόθηση και άρνηση κρίσιμων καταστάσεων, προσπάθεια να είναι αρεστό και συμπαθές στους άλλους, να τους ικανοποιεί δίνοντας μικρή προτεραιότητα στις δικές τους ανάγκες και επιθυμίες, υπάρχει διάθεση αυτόμορφης και προδιάθεση για βίωση απελπισίας και απόγνωσης. Ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζουν και τον τρόπο που το άτομο θα αντιδράσει όταν βρεθεί μπροστά σε έντονα γεγονότα.

Ο Baltrusch έχει προτείνει ένα ψυχοδυναμικό μοντέλο για την καρκινογένεση. Σ' αυτό, οι πρώτες παιδικές εμπειρίες αποτελούν τη βάση για τη μεταγενέστερη ψυχολογική ανάπτυξη του ατόμου. Στους καρκινοπαθής κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας τους, σημειώθηκε διαταραχή και εξασθένηση των σχέσεων με τα Αντικείμενα. Οι γονείς αυτών των ατόμων περιγράφονται σαν ψυχροί, απόμακροι, και απορριπτικοί, απαιτώντας από τα παιδιά τους να δεχτούν και να ακολουθήσουν τα κοινωνικά πρότυπα, όπως και να ανταποκριθούν και να πραγματοποιήσουν τις δικές τους προσδοκίες γι' αυτά και τις υπερβολικές προσταγές τους. Σαν συνέπεια, τα παιδιά αισθάνονται απονωνομένα, ανασφαλή και ανεπαρκή. Αργότερα, η οργάνωση της ψυχολογικής τους 'άμυνας χαρακτηρίζεται από την άρνηση, την απόθηση, και το ολοκληρωτικό χάσιμο της ικανότητας τους να γνωρίσουν στους άλλους τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από ρεαλιστικές και ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις κρύβεται πάντα μία καταπιεσμένη, ρηχή και ψυχρή προσωπική ζωή. Νιώθουν ανασφάλεια και πιστεύουν πως το να εμπλακούν σε έντονες, βαθιές ανθρώπινες σχέσεις θα τους πληγώσει, θα πονέσουν, ώστε τις θεωρούν πια επικίνδυνες, απειλητικές και δημιουργούν μόνο επιφανειακές σχέσεις. Ακόμη έχουν την πεποίθηση ότι «κάτι δεν πάει καλά». Ανίκανοι να απολαύσουν υγιείς ανθρώπινες σχέσεις.

Έτσι οι πρώτες προσπάθειες να αποκαταστήσουν τη ματαίωση από τις πρώιμες αντικειμενοτρόπες σχέσεις αναπληρώνονται με την υπερβολική ανάγκη των καρκινοπαθών, προκειμένου να διατηρήσουν κάτι, να προσκολλούνται σ' αυτό ή σε άλλους στόχους στη ζωή, να εξαρτώνται έντονα από άλλα άτομα, δημιουργώντας συμβιωτικές σχέσεις, χωρίς αυτονομία και αυθεντικότητα. Για να κρατήσουν λοιπόν την αμυντική θωράκιση τους έχουν ανάγκη από το να είναι πάντα ικανοί να αρνούνται, να απωθούν, να καταπνίγουν, τα συναισθήματα τους και τις συγκρούσεις που βιώνουν σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

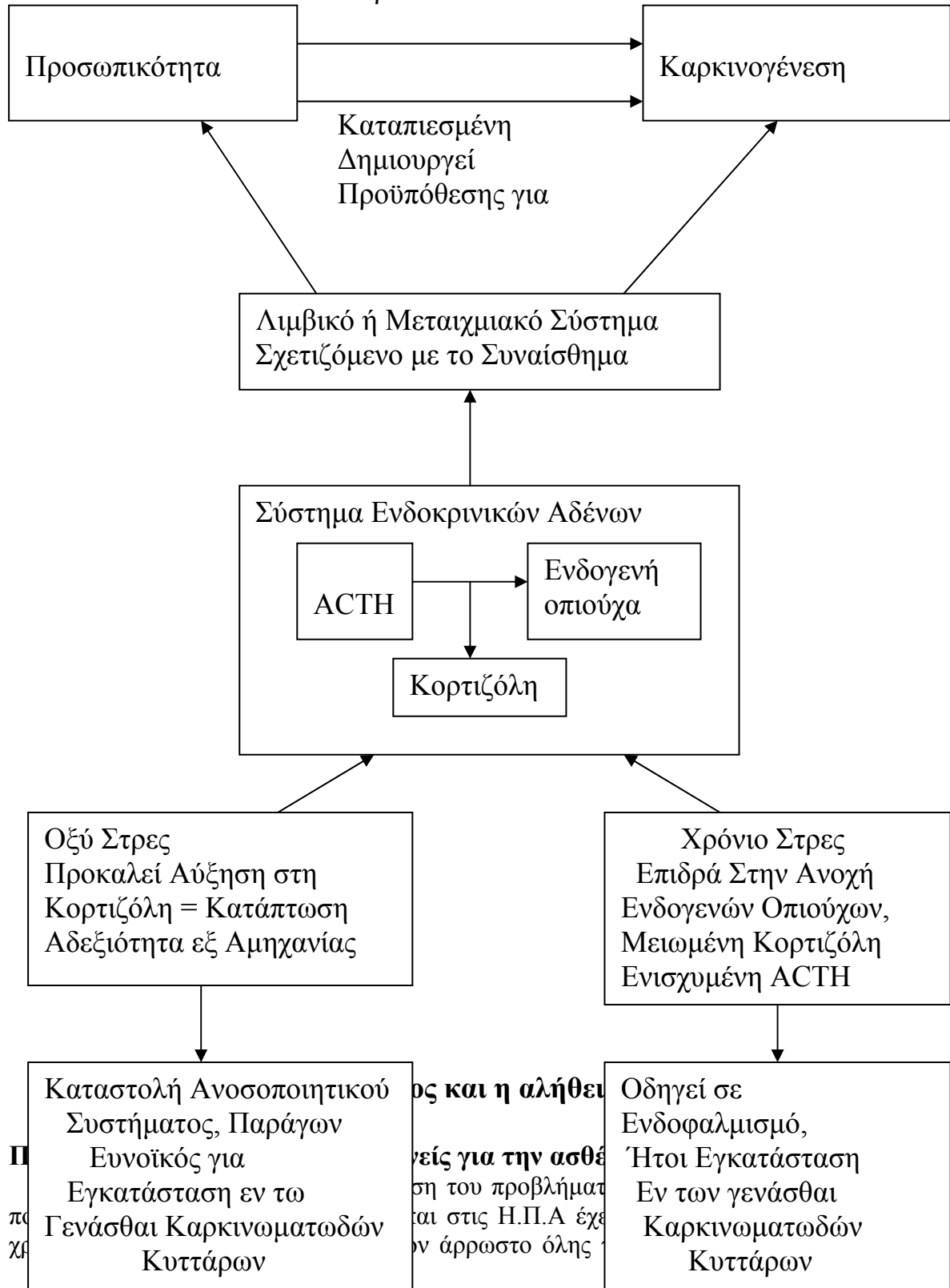
Έτσι στέκονται ανίκανοι να εκφράσουν τη συναισθηματική ένταση που νιώθουν, το άγχος, την οργή, την ταραχή, τη στεναχώρια, την επιθετικότητα, κρύβουν την ενόχληση τους ή προσποιούνται ότι δεν συμβαίνει τίποτα. Η σεξουαλικότητα τους παραμένει ανώριμη, ενώ υφίσταται πολλαπλές αναστολές. Σε περιόδους ψυχοκοινωνικού stress αυξάνουν την έκθεση στο αλκοόλ, το κάπνισμα, προσπαθώντας έτσι να εκφορτίσουν την ένταση, το άγχος, μη λεκτικά. Η ένταση κρύβεται επιμελώς κάτω από ένα προσωπίδιο ξεγνοιασιάς, γαλήνης και ηρεμίας. Όταν παρουσιαστεί κάποια απώλεια (πραγματική ή συμβολική) αντικειμένου ρόλου, ιδανικού ή άλλες αποστερήσεις, άνθρωποι με καρκινική προσωπικότητα δεν στέκονται ικανοί να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά από τη δύσκολη αυτή κατάσταση και αποτυγχάνουν στη προσπάθεια τους να εγκαταστήσουν καινούργιες αντικειμενοτρόπες σχέσεις.

Ακολουθεί κατάτμηση της ναρκισσιστικής ισορροπίας με κινητοποίηση αισθημάτων απελπισίας, απόγνωσης, παραίτησης και απόσυρσης, μία γενική

κατάθλιψη που εκφράζεται λεκτικά. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν παρατεινόμενο stress που έχει ως αποτέλεσμα την παράλυση ή εξασθένηση του ανοσοβιολογικού συστήματος, που θεωρείται μία προϋπόθεση για καρκινογένεση.

Σχέση προσωπικότητας και καρκινογένεσης κατά EYSENCK 1987

Φυσιολογική,
Προστατεύει από



νόσο του και λεπτομερειών σχετικά με τη πρόγνωση. Στην Ελλάδα όπου συνήθως τα ώρα η αλήθεια δεν ομολογείται και ο ασθενής δεν ενημερώνεται επίσημα, πολλοί ξέρουν την αλήθεια μαθαίνοντας τη έμμεσα :είτε από τα μισόλογα και τις κουβέντες του διαδρόμου, είτε από το υπέρμετρο ενδιαφέρον και τον υπερπροστατευτισμό που δείχνουν συγγενείς και φίλοι, είτε από τον χώρο στον οποίο νοσηλεύονται, είτε από το είδος της θεραπείας στην οποία υποβάλλονται.

• *Επιχειρήματα εναντίον της αλήθειας.*

✓ Ο καρκίνος φέρνει τον θάνατο και ο ασθενής που έχει προσβληθεί από καρκίνο φέρνει τον θάνατο μέσα του Έχει κάνει το δικαίωμα να τον απογοητεύσει; Το μαρτύριο της τιμωρίας δεν είναι ο θάνατος είναι να τον περιμένεις κάθε στιγμή, χωρίς να ξέρεις ποτέ ακριβώς θα έρθει.

✓ Αν ένας ασθενής θεραπευτεί ,σε τι χρησιμεύει αν του έχουν πει τι ακριβώς είχε αφού θα συνεχίσει να ζει οπωσδήποτε με το φόβο της υποτροπής. Του επιβάλλουν μια αγωνία, μια απογοήτευση, εντελώς άχρηστες.

• *Επιχειρήματα εναντίον του ψεύδους;*

✓ Είναι η αρρώστια του, είναι δική του υπόθεση. Ο απλός σεβασμός προς τον άνθρωπο απαιτεί να του λέμε τι συμβαίνει. Ο ασθενής μπορεί να παίρνει αποφάσεις ώστε η ζωή να συνεχιστεί όπως εκείνος τη θέλει αφού πρέπει να φύγει από αυτή την ζωή.

✓ Οι σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού –ασθενή βελτιώνονται αφάνταστα από τη στιγμή που γίνεται γνωστή η αλήθεια. Ο ασθενής καταλαβαίνει καλύτερα τις απαιτήσεις της θεραπείας που ακολουθεί, δέχεται πιο εύκολα να υποστεί τις παρενέργειες της θεραπείας.

✓ Μιλώντας για την νόσο απομακρύνουν το φόβο, απομυθοποιούν την λέξη «καρκίνος» και κατορθώνουν να αποδείξουν ότι πρόκειται μια ασθένεια σαν τις άλλες η οποία αρκετές φορές θεραπεύεται.

Ανεξάρτητα από τη προσωπικότητα του, ο άνθρωπος με καρκίνο γνωρίζει για την ασθένεια του. Όμως όλοι οι καρκινοπαθείς δεν την ονομάζουν, παρ'όλο ότι ένα σημαντικό ποσοστό που πλησιάζει πολλές φορές το 90% την αναφέρει με τι όνομα της. Η πληροφόρηση στον ασθενή για την διάγνωση και την πορεία της ασθένειας της προϋποθέτει την γνωριμία του ανθρώπου ασθενή για να καθορίσουμε μέχρι ποιο σημείο θέλει ή αντέχει να ακούσει. Ο ίδιος ο ασθενής καθορίζει τα περιθώρια της ενημέρωσης. Ο άρρωστος άνθρωπος που δεν ενημερώνεται βρίσκεται υπό καθεστώς αμφιβολίας και δεν γνωρίζει με τι θα αγωνισθεί.

Ο ογκολογικός ασθενής είναι ένας άνθρωπος με ιδιαίτερες ικανότητες και πρωτόγονες ευαισθησίες, ένας άνθρωπος που σωματοποιεί το άγχος του. Θα μπορούσαμε να πούμε σύμφωνα και με την Ρασιδάκη 'ότι έχει α)ανικανότητα να εκφράσει επιθετικά ή εχθρικά συναισθήματα β) αίσθημα κινδύνου στις ανθρώπινες σχέσεις γ) Οδηγείται σε απελπισία από την απώλεια σημαντικού γι αυτόν προσώπου. Ο καρκίνος είναι μία ψυχοσωματική ασθένεια όπου η συνάντηση της προσωπικότητας, η κληρονομική προδιάθεση και τα συμβάντα ζωής οδηγούν στην ενεργοποίηση μηχανισμού ογκογένεσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Δείχνει τα ποσοστά των ατόμων που επιθυμούν ή δεν επιθυμούν να γνωρίζουν τη διάγνωση του καρκίνου (Σαρφάτης και Παπαχρίστοπουλος 1972)

Αστικές
Περιοχές

Αγροτικές
Περιοχές

Σύνολο

Ναι	639(27,1%)	108 (13,5%)	747 (23,7%)
Όχι	1652 (70,2%)	603 (75,7%)	2255 (71.5%)
Αγνοώ	64 (2,7%)	88 (11%)	152 (4,8%)
Σύνολο	2355	799	3154

Τι συμβαίνει όμως στην Ελλάδα;

Ερευνά του Μάνου Χρηστάκη σε 110 γιατρούς που εργαζόταν σε αντικαρκινικά νοσοκομεία ή τμήματα έδειξε ότι το73% των ερωτησάντων δήλωσε ότι ουδέποτε ή πολύ σπάνια ανακοινώνουν στον καρκινοπαθή άρρωστο ότι πάσχει από κακοήγη νόσο. Κανείς γιατρός δεν δήλωσε ότι ανακοίνωσε την διάγνωση του καρκίνου σε όλους τους καρκινοπαθείς φίλους του. Στην μέγιστη διάγνωση του καρκίνου, συγγενείς του ασθενή παρακαλούν το θεράποντα ιατρό: «γιατρέ αν είναι αυτή η αρρώστια να μην το μάθει ο άρρωστος».Συνηθέστατα ο γιατρός συμφωνεί. Από εκείνη τη στιγμή και μέχρι θανάτου οι πάντες καταβάλουν προσπάθεια να αποπροσανατολίσουν τον άρρωστο από την διάγνωση του καρκίνου. Συνήθως ενημερώνεται από τον θεράποντα ιατρό η οικογένεια ή τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας του αρρώστου για την διάγνωση της νόσου, για την ενδουκειόμενη θεραπεία, τις επιπλοκές και την πρόγνωση.

Στον άρρωστο ανακοινώνεται μια διάγνωση που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και δίνεται από όλους η διαβεβαίωση ότι δεν είναι τίποτα σπουδαίο και όλα θα πάνε καλά. Όμως ο ασθενής μαθαίνει κάποτε μόνος του με διάφορους τρόπους ή υποψιάζεται έντονα ότι πάσχει από καρκίνο. Παρά ταύτα η οικογένεια και ο θεράπων ιατρός προσπαθούν να άρουν τις απόψεις και μέχρι τέλους τον διαβεβαιώνουν ότι δεν είναι τίποτα σοβαρό.

Ψυχικές αντιδράσεις καρκινοπαθών από τη γνώση της αρρώστιας του.

Η Kubler-Ross μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών βαριά πασχόντων και πήρε συνέντευξη από 200 και πλέον ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από την ασθένεια τους και οι οποίοι στη μέγιστη πλειονότητα τους ήταν καρκινοπαθείς. Κατά την Kubler-Ross κάθε άρρωστος που πάσχει από βαριά αρρώστια, συμπεριλαμβανομένου και του καρκίνου διέρχεται από 5 στάδια από την στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστος μέχρι τον θάνατο του.

Τα 5 αυτά στάδια είναι :

Το πρώτο στάδιο είναι της **άρνησης και της απομόνωσης**. Η πρώτη αντίδραση των περισσότερων ασθενών της έρευνας , όταν πληροφορήθηκαν για την ασθένεια τους ήταν «όχι, όχι σε εμένα». Δεν είναι δυνατόν να είναι αλήθεια. Η δεύτερη αντίδραση ήταν «και όμως είναι αλήθεια». Τότε περιέπεσαν σε απομόνωση και περισυλλογή.

Το δεύτερο στάδιο είναι **του θυμού** που μπορεί να περιγραφεί καλύτερα με την φράση των αρρώστων «γιατί εγώ;» ο θυμός στρέφεται προς άτομα του οικογενειακού του περιβάλλοντος ή προς τους υγιείς γενικά ή προς τους γιατρούς ή ακόμα και προς το Θεό.

Το τρίτο στάδιο είναι της **συνδιαλλαγής**. Ο άρρωστος ημερεύει. Παρακαλεί. Μοιάζει να ζητά αναβολή του μοιραίου και μια αντάλλαγμα προσφέρει την καλή του συμπεριφορά. Μπορεί να παρομοιαστεί με το μικρό παιδί που ζητάει μια χάρη και οι

γονείς του αρνούνται. Στην αρχή θυμώνει και κλαίει. Όταν διαπιστωθεί ότι οι γονείς του δεν υποκύπτουν σε αυτήν την συμπεριφορά, γίνεται μελίχιο και παρακαλεί.

Το τέταρτο στάδιο είναι της **κατάθλιψης**. Κατά την Kubler-Ross υπάρχουν δυο είδη ή τύποι κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Τυπικό παράδειγμα είναι της γυναίκας που υποβάλλεται σε μαστεκτομή. Αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι πλέον πλήρης γυναίκα και πέφτει σε κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, η ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί. Η εξωτερίκευση των αισθημάτων της και η ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τις κοινωνικές λειτουργούς και κυρίως τα συγγενικά και φιλικά της πρόσωπα και τέλος η χρήση σύνθετου προσθετικού μαστού, συνήθως έχουν σαν αποτέλεσμα να βγει η ασθενής γρήγορα από αυτόν τον τύπο της κατάθλιψης. Το δεύτερο στάδιο της κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Ο ασθενής προπαρασκευάζεται για το τελικό στάδιο. Η κατάθλιψη του δεν είναι αποτέλεσμα περασμένων απωλειών ή αποτυχιών αλλά συνέπεια της επικείμενης απώλειας των πάντων.

Όταν ο ασθενής δεν είναι δυνατόν πλέον να αρνηθεί την ασθένεια του, όταν τα συμπτώματα του συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί. Ο ασθενής που γνωρίζει ότι θα πεθάνει έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα, θα χάσει τα πάντα. Γι' αυτό και πέφτει σε κατάθλιψη. Κατ' αντίθεση με την αντιδραστική κατάθλιψη που πρέπει να χαρακτηριστεί ως βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει χαρούμενο ένα άνθρωπο που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψη του. Αυτός ο ασθενής δεν έχει ανάγκη από πολλά λόγια. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του να καθίσουμε δίπλα του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του την λύπη του. Να τον ακούσουμε και να του δείχνουμε κατανόηση, χωρίς να του λέμε συνέχεια ότι πρέπει να είναι στεναχωρημένος.

Τέλος το πέμπτο στάδιο είναι της **αποδοχής**. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του. Βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατόν. Οι επισκέψεις τον ενοχλούν. Θέλει να μένει μόνος του. Η συσκευή της τηλεόρασης του είναι μονίμως κλειστή. Η επικοινωνία που με το περιβάλλον συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με ομιλία. Συχνά κοιμάται ακανόνιστα μέχρι που έρχεται η στιγμή που κοιμάται για πάντα.

Πρέπει να σημειωθεί ότι κατά την Kubler-Ross η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι η ίδια για όλους τους ασθενείς, όπως επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι τα διάφορα στάδια δεν είναι στεγανά. Είναι δυνατόν ένας άρρωστος να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια μέρα.

Κατά τον *Fiore*, τα κύρια στοιχεία των ψυχικών αντιδράσεων στα διάφορα στάδια από τα οποία διέρχεται ο καρκινοπαθής είναι η ανησυχία, ο φόβος, το συναίσθημα του αβοήθητου, η απελπισία και η κατάθλιψη. Αυτές οι ψυχικές αντιδράσεις δεν εμφανίζονται μόνο στον καρκινοπαθή. Ένα ατύχημα, η απώλεια αγαπημένου προσώπου, μία αποτυχία, μία οποιαδήποτε βαριά αρρώστια, μπορούν να έχουν το ίδιο αποτέλεσμα. Στον καρκινοπαθή όμως το συναίσθημα του ότι είναι αβοήθητος είναι εντονότερο, γιατί ο άρρωστος πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου συνεπάγεται πάντοτε το θάνατο. Σ' αυτό το ιδιαίτερο συναίσθημα του αβοήθητου του καρκινοπαθή, δίνει ιδιαίτερη σημασία ο *Fiore*, ο οποίος ήταν ο ίδιος καρκινοπαθής.. Το συναίσθημα ότι ο άρρωστος είναι αβοήθητος είναι πολύ έντονο στο καρκινοπαθή. Για την αντιμετώπισή αυτού του συναισθήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή από το θεράποντα ιατρό.

Υπάρχουν δύο ακόμη στοιχεία του ψυχισμού του καρκινοπαθούς άξια σημείωσης. Το αίσθημα *ενοχής* και *υποβολημότητας*. Πολλές φορές ο καρκινοπαθής

αισθάνεται κοινωνικά στιγματισμένος Ο άρρωστος έχει ανάγκη από βοήθεια. Βλέπει το θεράποντα ιατρό ως αυθεντία, από την οποία κυρίως αναμένει βοήθεια. Γι αυτό κάθε λέξη και πράξη του γιατρού μπορεί να έχει μεγάλη θετική ή αρνητική σημασία.

Ποια είναι τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα των καρκινοπαθών;

Η διάγνωση του καρκίνου έρχεται σαν κεραυνός να αποδιοργανώσει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών γιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς.

Το είδος των προβλημάτων που δημιουργούνται δεν είναι γνωστά στο βαθμό που θα έπρεπε. Η στήριξη που δίνεται στους καρκινοπαθείς ασθενείς δεν είναι ικανοποιητική.

Για να ρίξει περισσότερο φως στο πρόβλημα των ψυχολογικών, συναισθηματικών επιπτώσεων του καρκίνου, η φιλανθρωπική οργάνωση Cancer Macmillan Support του Ηνωμένου Βασιλείου, διεξήγαγε μια εκτεταμένη έρευνα σε 1.751 ανθρώπους (καρκινοπαθείς, συγγενείς τους και άλλους) από το Δεκέμβριο του 2005 έως το Φεβρουάριο του 2006.

Τα γενικά ευρήματα ήταν:

- 49% των καρκινοπαθών ασθενών παρουσίαζαν κατάθλιψη
- 75% των καρκινοπαθών είχαν άγχος
- 19% ένιωθαν ότι ήσαν εγκαταλειμμένοι
- Για το 45% των ασθενών το δυσκολότερο που είχαν να αντιμετωπίσουν δεν ήταν το σωματικό μέρος της πάθησης τους αλλά οι συναισθηματικές συνέπειες
- Γενικά οι καρκινοπαθείς ασθενείς παρουσίαζαν ψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους αλλά και προβλήματα στις σχέσεις τους που περιλάμβαναν διαζύγιο και χωρισμό. Ανάλογα προβλήματα παρουσίαζαν και τα άτομα του περιβάλλοντος τους, συγγενείς ή φίλοι οι οποίοι είχαν αναλάβει να τους φροντίζουν

Σχετικά με τα προβλήματα που δημιουργούνται στις σχέσεις τους, οι καρκινοπαθείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα έδωσαν τα ακόλουθα στοιχεία:

- 32% δήλωσαν ότι ο καρκίνος προκάλεσε τεράστια πίεση και ένταση στις σχέσεις τους
- 26% δήλωσαν ότι είχαν πολύ σοβαρές δυσκολίες με το σύντροφο ή σύζυγο τους, εξαιτίας του καρκίνου που τους προσέβαλε
- 7% των καρκινοπαθών δήλωσαν ότι η σχέση τους με το σύντροφο ή σύζυγο τους διακόπηκε (διαζύγιο, χωρισμός) λόγω του καρκίνου τους
- 43% των καρκινοπαθών δήλωσαν ότι η σεξουαλική τους ζωή υπέφερε λόγω του καρκίνου

Πολύ σημαντικά είναι επίσης τα ευρήματα της έρευνας που αφορούν στο πως αντιλαμβάνονται ή βιώνουν οι ασθενείς τη φροντίδα που τους παρέχεται από το σύστημα υγείας:

- 26% των ασθενών δήλωσαν ότι νιώθουν εγκαταλειμμένοι από τις υπηρεσίες υγείας όταν δεν βρίσκονται στο νοσοκομείο
- Οι πλείστοι καρκινοπαθείς ασθενείς βασίζονται σε μέλη της οικογένειάς τους ή στο σύντροφο τους, για τη συναισθηματική και άλλη πρακτική στήριξη. Σχεδόν όλα τα άτομα αυτά που φροντίζουν του καρκινοπαθείς, θεωρούν ότι οι ανάγκες των ασθενών τους είναι υπεράνω των δικών τους αναγκών

- Από αυτούς που φροντίζουν τους καρκινοπαθείς στο οικογενειακό περιβάλλον, το 36% θεωρούν ότι η σχέση τους με το δικό τους που πάσχει από καρκίνο όπως επίσης και με άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλους, υποβάλλεται σε τεράστια πίεση και ένταση
- Από αυτούς που φροντίζουν τους δικούς τους που είναι καρκινοπαθείς, το 24% σε κάποιο στάδιο νιώθουν εγκαταλειμμένοι

Πώς όμως βιώνουν τη στήριξη που παίρνουν οι καρκινοπαθείς; Η ενδιαφέρουσα Βρετανική έρευνα μας δίνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- 58% των καρκινοπαθών δήλωσαν ότι ένιωθαν ότι οι συναισθηματικές τους ανάγκες δεν τύγγαναν ισοδύναμου επιπέδου φροντίδας όπως τα σωματικά προβλήματα υγείας
- Δυστυχώς 24% των καρκινοπαθών αισθάνονταν ότι δεν είχαν κανένα για να μιλήσουν
- 49% των καρκινοπαθών δήλωναν ότι ήθελαν ή είχαν ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση. Όμως 41% δεν μπορούσαν να βρουν αυτή την πληροφόρηση
- Ενώ 75% των καρκινοπαθών δήλωναν ότι είχαν άγχος λόγω του καρκίνου τους, λιγότεροι από το 44% λάμβαναν οποιαδήποτε πληροφόρηση, συμβουλή, στήριξη ή θεραπεία για τις ψυχολογικές συνέπειες της πάθησης τους. Λόγω απουσίας στήριξης το ποσοστό των ασθενών με κατάθλιψη αυξανόταν από 49% σε 60%

Η έρευνα αυτή μας προσφέρει σημαντικότερες πληροφορίες για τις αφόρητες πιέσεις στις οποίες υποβάλλονται οι ασθενείς με καρκίνο, οι οικογένειες και οι φίλοι τους.

Παράλληλα φέρνει στην επιφάνεια το γεγονός ότι υπάρχουν τρομακτικά κενά στη φροντίδα και στήριξη που προσφέρεται στους καρκινοπαθείς και στα αγαπημένα τους πρόσωπα που τους φροντίζουν.

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι 1 άνθρωπος στους 3, σε κάποια φάση της ζωής του, θα παρουσιάσει καρκίνο. Σε πολλές χώρες, ο καρκίνος έχει κατακτήσει την πρώτη θέση ως αιτία θανάτων.

Ταυτόχρονα όμως ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν με καρκίνο αυξάνεται. Επίσης οι σύγχρονες μέθοδοι αντιμετώπισης δίνουν περισσότερη σημασία σε αντικαρκινικές θεραπείες που δίνονται στους ασθενείς χωρίς να εισαχθούν στο νοσοκομείο, επί εξωτερικής βάσης (ημερήσια φροντίδα, εξωτερικοί ασθενείς)

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του. Συγκεκριμένα, η γυναίκα δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να επιφέρει το θάνατο, αλλά και την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της: την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση.

Οποιαδήποτε αλλαγή στο σώμα αποτελεί απειλή για την εικόνα σώματος με αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ανάξια σαν άτομο, απωθητική, ανίκανη να αγαπηθεί και να αξιολογηθεί ως ανθρώπινη οντότητα. Έτσι η καρκινοπαθείς νιώθει κατά κανόνα περιθωριοποιημένη κοινωνικά και οικονομικά.

Η σταδιοποίηση της ψυχολογικής προσαρμογής κατά Kubler-Ross (άρνηση-οργή- διαπραγμάτευση-κατάθλιψη- αποδοχή) σήμερα εν μέρει αντικρούεται κυρίως γιατί θεωρεί ότι είναι προβλέψιμη και ανηλεής κατηγορική πορεία από την διάγνωση έως το θάνατο, με εξίσου προβλέψιμα ψυχολογικά στάδια.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.

Πολλά ψυχολογικά προβλήματα εμφανίζονται σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού. Η καλή ψυχολογική τους υποστήριξη, αποτελεί βασικό τομέα κάθε γιατρού.

Κάθε κλινική μαστού πρέπει να περιλαμβάνει και ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο που να αναλαμβάνει το δύσκολο αυτό κομμάτι.

Πριν τον προληπτικό έλεγχο, την ψηλάφηση και τη μαστογραφία, πολλές γυναίκες αρνούνται ακόμα και να υποβληθούν σε προληπτικό μαστογραφικό έλεγχο, παρότι τους προσφέρεται δωρεάν από τα ασφαλιστικά τους ταμεία, από φόβο μην βρεθεί καρκίνος. Άλλες ζουν για χρόνια με ύποπτο μαστογραφικό εύρημα, με ψηλαφητό όγκο ή ακόμα και με διαγνωσμένο καρκίνο, καθυστερώντας ενίοτε για χρόνια, να κάνουν οποιαδήποτε παραπέρα ενέργεια, βρίσκοντας ποικίλες δικαιολογίες προς τον εαυτό τους και τους συγγενείς τους, ξορκίζοντας μακριά το κακό. Αναπτύσσουν στο έπακρο τον αμυντικό ψυχολογικό μηχανισμό της άρνησης. Είναι περίεργο ότι αυτό δεν φαίνεται να σχετίζεται με το μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό τους επίπεδο. Παρακάτω αναφέρονται παραδείγματα γυναικών που αρνούνται ότι έχουν καρκίνο του μαστού.

Γνωρίζω γυναίκα, 75 ετών πρώην νοσηλεύτρια, με εξελκωμένο καρκίνο μαστού (ανοιχτή πληγή δηλαδή) που 7 χρόνια τώρα αλλάζει γιατρούς ζητώντας να της κάνουν χειρουργικό καθαρισμό. Η αδελφή της που πάντα τη συνοδεύει, προειδοποιεί τους γιατρούς να της λένε πως έχει μαστίτιδα. Μόλις τους πρότεινα να κάνουμε κάτι περισσότερο για το καλό της, χωρίς να της πω τι έχει, δεν την ξαναείδα. Άλλη κυρία 60 ετών, μπήκε στο νοσοκομείο με εξελκωμένο καρκίνο και γεμάτη μεταστάσεις. Επί 5 χρόνια έκρυβε το στήθος της από το σύζυγό της με τον οποίο κοιμούνται μαζί.

Η μητέρα ενός φίλου μου βιομηχάνου με επισκέφθηκε προ τριετίας επειδή «έπιανε κάτι στο στήθος της». Είχε προηγουμένως πάει σε αντικαρκινικό νοσοκομείο, όπου σωστά, της έκαναν παρακέντηση και κυτταρολογική (FNA). Η εξέταση δεν πέτυχε να πάρει καθόλου κύτταρα μαστού, πράγμα που συμβαίνει στο 20-30% των περιπτώσεων. Το χαρτί της έγραφε «εξέταση αρνητική για κακοήθεια, συνιστάται επανάληψη». Δεν επανέλαβε την παρακέντηση. Ήρθε σε μένα για μια δεύτερη γνώμη. Αυτό το «κάτι», ήξερα μέσα μου μόλις το ακούμπησα, πως ήταν σίγουρα κάτι κακό. Της ζήτησα να επαναλάβουμε την παρακέντηση, κρούοντας τον κώδωνα του κινδύνου για ενδεχόμενη κακοήθεια. Αρνήθηκε πάλι. Έκτοτε κυκλοφορεί με το χαρτί από την «εξέταση αρνητική για κακοήθεια» και μαθαίνω τα νέα της από το φίλο μου. Νομίζει πως δεν ξέρω τη δουλειά μου.

Σαραντάχρονη φίλη, γιατρός, με μικρό ογκίδιο 8mm στον ένα μαστό, αθώο ψηλαφητικά, αλλά ύποπτο μαστογραφικά (μικτή κύστη). Τέσσερις γιατροί της είπαμε να το βγάλει. Βρήκε όμως γιατρό-θεό, που βασίστηκε πιο πολύ στο χέρι του παρά στα μηχανήματα και της είπε πως δεν έχει τίποτα. Τώρα δεν μας μιλάει πια. Ελπίζω μόνο νάναι καλά.

Περιμένοντας τις εξετάσεις και μαθαίνοντας τη διάγνωση.

Η αναμονή εξετάσεων, επεμβάσεων και αποτελεσμάτων αρκεί για να δημιουργήσει πολλά ψυχικά προβλήματα, ιδιαίτερα όταν στις πιθανότητες εμπλέκεται έστω και λίγο ο καρκίνος. Σημαντική πρόοδος των τελευταίων ετών είναι η όλο και συχνότερη εφαρμογή της κυτταρολογικής εξέτασης με βελόνα (FNA) που μείωσε πολύ τις ταχείες βιοψίες. Έτσι όλο και λιγότερες γυναίκες μπαίνουν σήμερα στο χειρουργείο, χωρίς να γνωρίζουν αν θα ξυπνήσουν με ένα μαστό, με μισό ή με δύο. Η FNA έδωσε στις ασθενείς τη δυνατότητα της προεγχειρητικής διάγνωσης και συζητήσεως με το γιατρό τους για το είδος της περαιτέρω θεραπευτικής πορείας, ανάλογα με τις προσωπικές τους ανάγκες και επιθυμίες.

Τα σοβαρότερα ψυχικά προβλήματα εμφανίζονται όταν η διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι πλέον σίγουρη. Και είναι κυρίως ανάλογα της διάγνωσης

του καρκίνου και λιγότερο της βαρύτητας της επεμβάσεως Δεν είναι μικρό πράγμα να σου πουν ότι έχεις καρκίνο.

Η θλίψη, η αϋπνία, το άγχος, η ανορεξία, η νευρικότητα, η οργή, η ενοχή, είναι φυσικό να συνοδεύουν στην αρχή τη διάγνωση του καρκίνου.

Αργότερα οι παράγοντες της ανθρώπινης αντοχής και του ψυχικού σθένους αποκαλύπτουν τις πραγματικές τους διαστάσεις και λειτουργούν στα όρια των δυνατοτήτων τους. Οι συμπεριφορές ξεχωρίζουν ανάλογα με το χαρακτήρα, το σθένος και την ποιότητα στήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον.

Βλέπουμε γυναίκες, που αφού ξεπέρασαν το αρχικό σοκ από τη διάγνωση του καρκίνου, βρήκαν την αφορμή να ξαναγεννηθούν, να πιάσουν τη ζωή από τα μαλλιά, να εκμεταλλευθούν κάθε λεπτό της και να πλησιάσουν πιο κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα. Γυναίκες αποφασισμένες να επιζήσουν. Άλλες με καρκίνο 1ου σταδίου νιώθουν πως τέλειωσε η ζωή τους κι ας τους λέμε ειλικρινά πως οι πιθανότητες είναι κατά 90% με το μέρος τους.

Η πείρα και οι σχετικές μελέτες έχουν δείξει πως ένα σημαντικός παράγοντας στην καλύτερη εξισορρόπηση μιας γυναίκας σε αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής της ανήκει στο γιατρό της. Ένας γιατρός που μπορεί να πλησιάσει τη γυναίκα και στον οποίο αυτή θα βρει κατανόηση και στήριξη, αποτελεί σημαντικό βήμα προς μία ταχεία και σωστή ανάρρωση από το ψυχολογικό σοκ που επιφέρει η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Πέρα όμως από τον γιατρό, σπουδαίο ρόλο παίζει ο νοσηλευτής αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων της ασθενούς σχετικά με την απώλεια του μαστού και είναι σε εγρήγορη όσο αναφορά την αναγνώριση σημείων κατάθλιψης (απομόνωση, απόσυρση, κόπωση, ανορεξία) ή έντονου άγχους (πχ ανησυχία, αϋπνία, διαταραχή της συγκέντρωσης). Δεν είναι σπάνιο η κατάθλιψη να περνά απαρατήρητη στα ογκολογικά τμήματα είτε γιατί αυτή καθ'αυτή η κατάθλιψη κάνει τον ασθενή να μην αναζητεί βοήθεια, είτε γιατί οι θεράποντες τη θεωρούν αναπόφευκτη.

Η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να περιλαμβάνει και τον σύζυγο αλλά και όλη την οικογένεια. Ο σύζυγος βιώνει το φόβο του θανάτου, την αβεβαιότητα, το συναισθηματικό στρες, την επίδραση στη κοινωνική ζωή και στην αλλαγή ρόλων, ιδιαίτερα όταν η γυναίκα έχει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης. Ο καρκίνος προκαλεί κατάθλιψη ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, διαταραγμένες συζυγικές σχέσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, καθυστέρηση στην ανάπτυξη ορισμένων παιδιών και προβλήματα συμπεριφοράς σε εφήβους. Μια φιλική και ζεστή οικογένεια ή κάποια καλή φίλη μπορούν να απαλύνουν πολλές από τις ψυχικές πληγές της ασθενούς. Ο ογκολογικός νοσηλευτής παρατηρεί το δυναμικό της οικογένειας στην αντίδρασή της στον καρκίνο, αναγνωρίζει τα προβλήματα και κατευθύνει τα άτομα στις ανάλογες πηγές που πιθανά θα τους βοηθήσουν να ανταποκριθούν επιτυχώς. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η αποδοχή των αλλαγών χρειάζεται χρόνο, υπομονή και επιμονή.

Τέλος, καθώς δεν είναι όλες οι περιπτώσεις ίδιες και πολλές φορές οι αντιστάσεις τις γυναίκας δεν είναι τόσο δυνατές, υπάρχουν φορείς που προσφέρουν στήριξη και συμβουλή σε όποια το έχει ανάγκη. Οι ψυχολόγοι και οι εξειδικευμένες κοινωνικές λειτουργοί στα ειδικά αντικαρκινικά νοσοκομεία, το κέντρο ψυχοκοινωνικής στήριξης της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας (που είναι το πρώτο που λειτούργησε πριν από αρκετές δεκαετίες στη χώρα μας) καθώς και τα αντίστοιχα κέντρα από άλλους συλλόγους, όπως εκείνο του «Άλματος Ζωής», αλλά και ενός προγράμματος του Πανεπιστημίου Αθηνών προσφέρουν πολύτιμες υπηρεσίες, για το κέντρο της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας οι ενδιαφερόμενοι

μπορούν να απευθυνθούν στο τηλέφωνο 210-6401200. οι υπηρεσίες του κέντρου προσφέρονται δωρεάν.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να μάθουμε το βαθμό ενημέρωσης του γυναικείου πληθυσμού σε ότι αφορά την πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου του μαστού.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 450 άτομα εκ των οποίων τα 22 άτομα αρνήθηκαν να απαντήσουν, στα 8 άτομα τα ερωτηματολόγια τους ήταν ελλιπή και στα υπόλοιπα 20 τα ερωτηματολόγια τους χάθηκαν. Έτσι λοιπόν το τελικό υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 400 άτομα (γυναικείος πληθυσμός) τα οποία προέρχονταν από το Νομό Ηρακλείου, το Νομό Χανίων και τον Νομό Πέλλης.

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο 18 ερωτήσεων κλειστού τύπου, προεπιλεγμένων απαντήσεων. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε με βάση την ελληνική και ξένη αλληλογραφία και περιελάμβανε:

- i) Δημογραφικά στοιχεία
- ii) Ερωτήσεις που αφορούσαν την γνώση των προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου για τον καρκίνο του μαστού
- iii) Ερωτήσεις που αναφέρονται στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού
- iv) Τα μέτρα που προτείνει ο γυναικείος πληθυσμός για την πρόληψή του

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι πληροφορίες απόρρητες, χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τις ανάγκες τις έρευνας. Η διάρκεια συλλογής των πληροφοριών ήταν 6 μήνες.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του προγράμματος Excel. Το δείγμα που συμμετείχε (400 γυναίκες) μοιράστηκε ισόποσα με βάση την ηλικία τους. Το πρώτο δείγμα (200 ατόμων) περιείχε τις γυναίκες ηλικίας 18-35 ετών και το δεύτερο τις γυναίκες ηλικίας 36-60 ετών.

Στη συνέχεια το πρώτο δείγμα γυναικών το χωρίσαμε σε δύο μικρότερες κατηγορίες με βάση το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε και συμπλήρωσαν. Η μία κατηγορία αφορά τις γυναίκες όπου είχαν κληρονομικό ιστορικό στον καρκίνο του μαστού και η άλλη κατηγορία όπου είχαν ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό. Το ίδιο εφαρμόστηκε και στο δεύτερο δείγμα γυναικών.

Το ερωτηματολόγιο που μοιράστηκε στο γυναικείο πληθυσμό είναι το εξής:

**<< Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ. Η
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ Η ΣΥΝΗΘΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
ΠΡΟΛΗΨΗΣ. >>**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

[Συμπληρώστε το παρακάτω ερωτηματολόγιο με βάση τις γνώσεις και την κρίση σας. Όπου
ΔΞ/ΔΑ= δεν ξέρω/δεν απαντώ.]

ΜΕΡΟΣ Α΄

Όνοματεπώνυμο (αρχικά) :

Ηλικία:

Επάγγελμα:

Καταγωγή:.....

Είστε στην περίοδο: Εμμηνορρυσίας

Κλιμακτήριο

Εμμηνόπαυσης

Αριθμός παιδιών:

Έγιναν με: Φυσιολογική σύλληψη

Πρόκληση ωορρηξίας

Εξωσωματική

**Υπήρξε – υπάρχει κάποιο άτομο στο οικογενειακό περιβάλλον με καρκίνο του
μαστού;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΞ/ΔΑ

Αν ναι, ποιο;.....

Σημειώστε με (✓) ποιο από τα κάτωθι γυναικολογικά προβλήματα έχετε:

Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Ενδομητρίωση

Άλλο:.....

ΜΕΡΟΣ Β΄

**1) Ποιες από τις παρακάτω πηγές πιστεύετε ότι σας παρείχαν καλύτερη
ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του μαστού;**

Οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον

Μέσα Μαζικής ενημέρωσης (τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδα)

Γυναικολόγος – οικογενειακός γιατρός

Ενημερωτικά σεμινάρια

**2) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) με βάση το πόσο πιστεύετε
ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού:**

	Καθόλου	Μέτρια	πολύ	Πάρα πολύ
Ηλικία				
Κάπνισμα				
Άγχος				
Αλκοόλ				

Διατροφή πλούσια σε λίπη				
Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες				
Αυξημένο σωματικό βάρος				
Ατομικό αναμνηστικό σε καρκίνο μαστού				
Κληρονομικότητα				
Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κλίμα, κτλ)				
Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια				

3) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) στους παρακάτω παράγοντες που πιστεύετε ότι αυξάνουν ή ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:

	Αυξάνουν	Ελαττώνουν	Δεν ξέρω
Αντισυλληπτικά			
Εγκυμοσύνη			
Θηλασμός			
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης			
Πλαστική στήθους			
Ατεκνία			
Καλοήθης πάθηση στο μαστό			
Πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση			

4) Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;

- Ψηλάφηση μαστού
- Μαστογραφία
- Υπερηχογραφία
- Θερμογραφία
- Ξηρογραφία
- Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2
- Μαγνητική τομογραφία

5) Γνωρίζετε τον τρόπο που γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι, από που:.....

6) Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;

Πριν την περίοδο

Στα μέσα του κύκλου

Μετά το τέλος της περιόδου και ως τα μέσα του κύκλου

7) Μια γυναίκα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό σε ποία από τις παρακάτω ηλικίες πιστεύεται ότι πρέπει να κάνει την πρώτη μαστογραφία ;

Μετά τα 20

Μετά τα 30

Μετά τα 40

Μετά τα 50

Μετά τα 60

ΔΕ/ΔΑ

8) Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;

Όταν έχει- είχε η μητέρα καρκίνο του μαστού

Όταν έχει – είχε μητέρα και αδερφή καρκίνο του μαστού

Όταν έχει – είχε η γιαγιά καρκίνο του μαστού και κανείς άλλος στην οικογένεια

ΔΕ/ΔΑ

9) Μια γυναίκα με κληρονομικό οικογενειακό ιστορικό πρέπει να κάνει:

Μια μαστογραφία μετά τα 40

Μια μαστογραφία μετά τα 30 και έναν έλεγχο γονιδίων BRCA1 και BRCA2

Έναν έλεγχο γονιδίων BRCA1 και BRCA2

ΔΕ/ΔΑ

10) Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;

Πριν την περίοδο

2-3 μέρες μετά την περίοδο

Στη φάση της ωορρηξίας

ΔΕ/ΔΑ

11) Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΕ/ΔΑ

12) Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Θα βοηθούσε σημαντικά

ΔΕ/ΔΑ

ΜΕΡΟΣ Γ΄

13) Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;

Ψηλάφηση μαστού

Μαστογραφία

Υπερηχογραφία

Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2

Περισσότερες από μια φορά....

Ψηλάφηση μαστού

Μαστογραφία

Υπερηχογραφία

Έλεγχος γονιδίων BRCA1 και BRCA2

ΔΞ/ΔΑ

14) Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστού;

Πολύ συχνά (κάθε μήνα)

Συχνά (ανά 2-3 μήνες)

Σπάνια (2 φορές το χρόνο)

Καθόλου

15) Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι ύποπτο στο στήθος σας;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΞ/ΔΑ

Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΔΞ/ΔΑ

16) Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;

Καθόλου

Κάθε 1 χρόνο

Κάθε 2 χρόνια

Άλλο:.....

17) Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις:

Πολύ συχνά

Συχνά

Σπάνια

Καθόλου

18) Ποια από τα παρακάτω μέτρα προτείνετε;

Περισσότερες ενημερωτικές εκπομπές

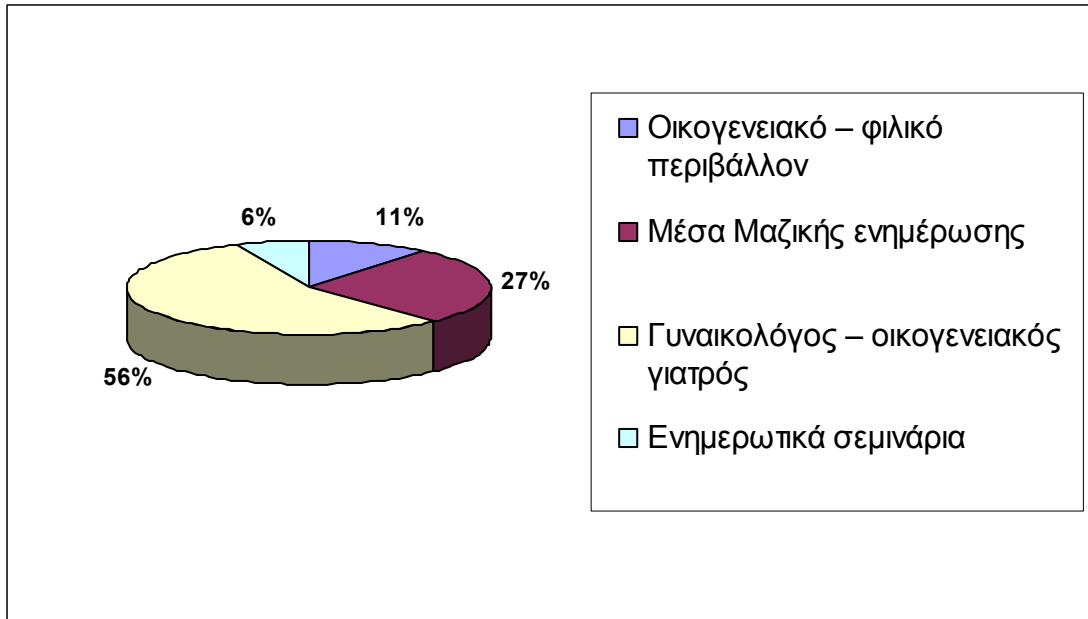
Περισσότερα ενημερωτικά σεμινάρια

Συχνότερες επισκέψεις στον γυναικολόγο

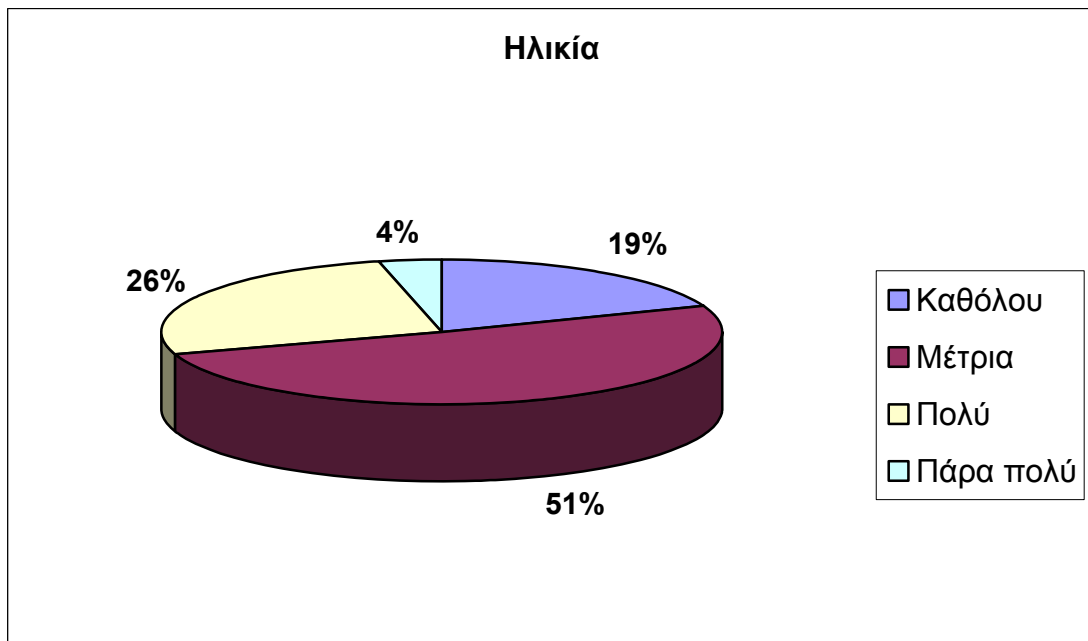
Άλλο:.....

Αποτελέσματα γυναικών ηλικίας 18-35 χωρίς κληρονομικό ιστορικό (άτομα 110)

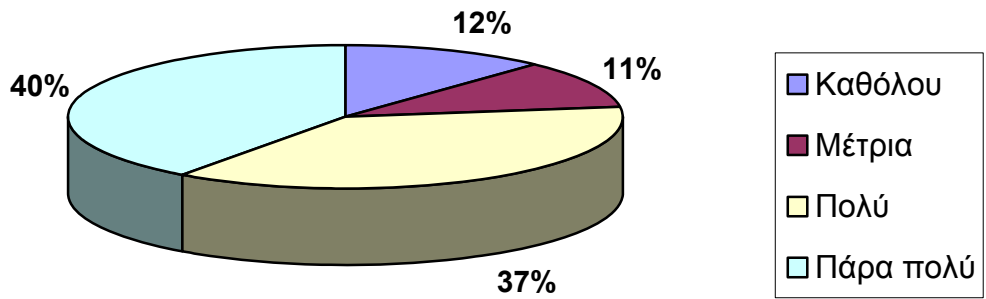
1) Ποιες από τις παρακάτω πηγές πιστεύετε ότι σας παρείχαν καλύτερη ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του μαστού;



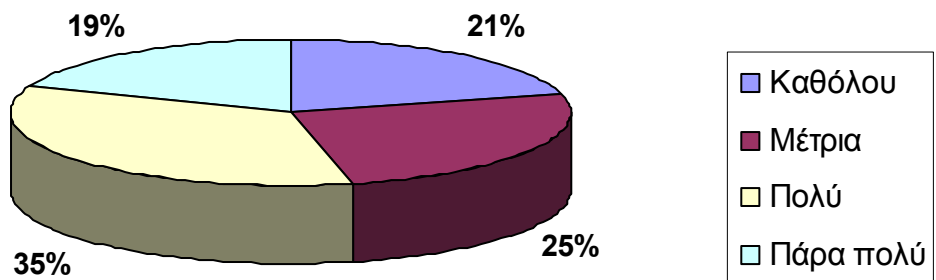
2) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού:



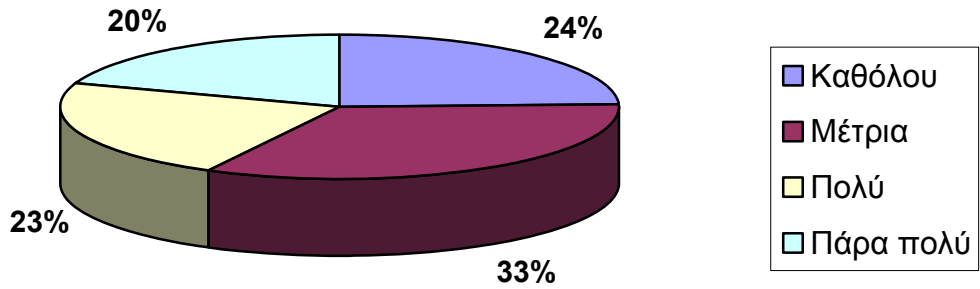
Κάπνισμα



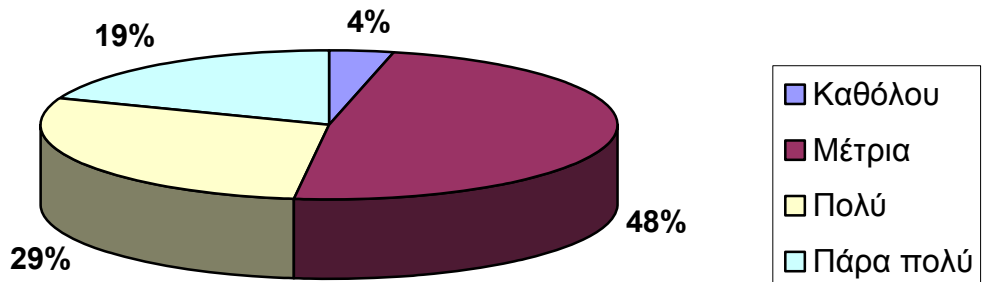
Άγχος



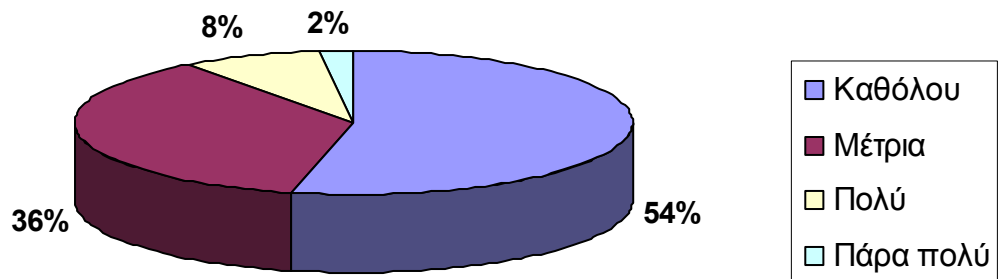
Αλκοόλ



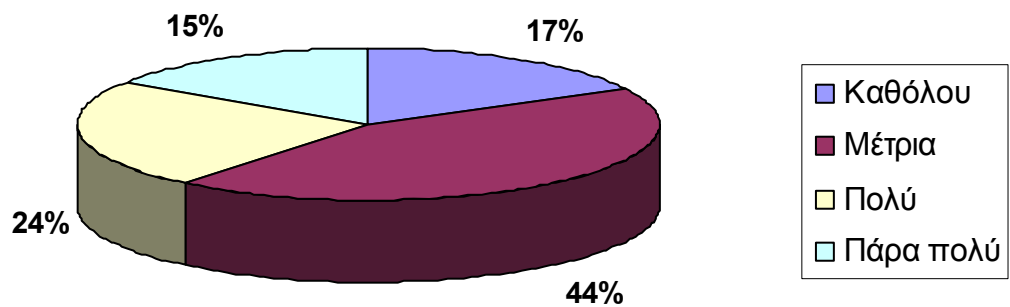
Διατροφή πλούσια σε λίπη



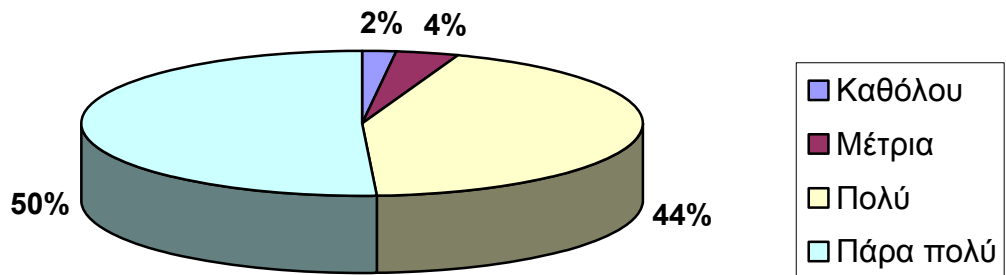
Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες



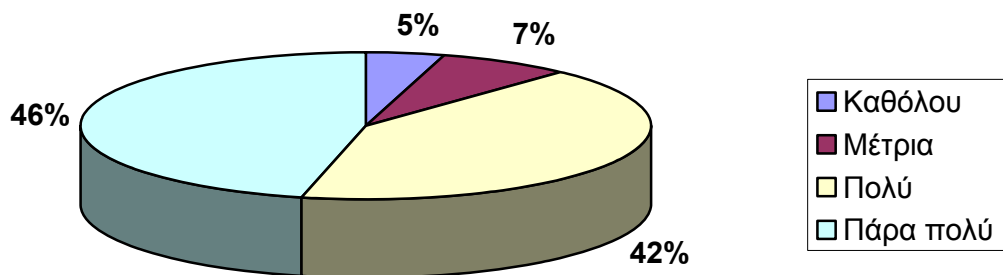
Αυξημένο σωματικό βάρος



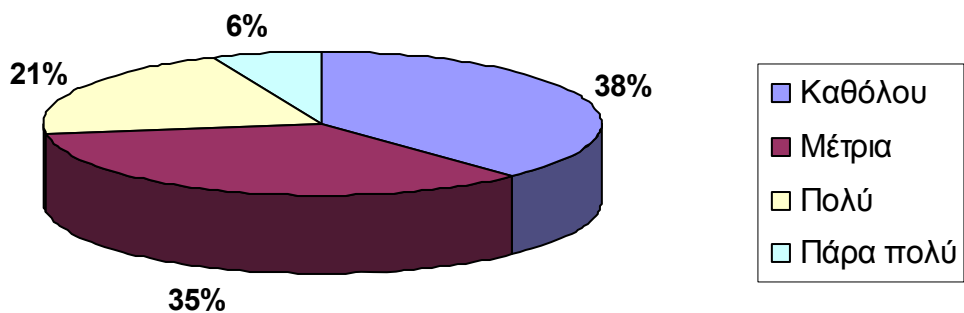
Ατομικό αναμνηστικό σε καρκίνο του μαστού



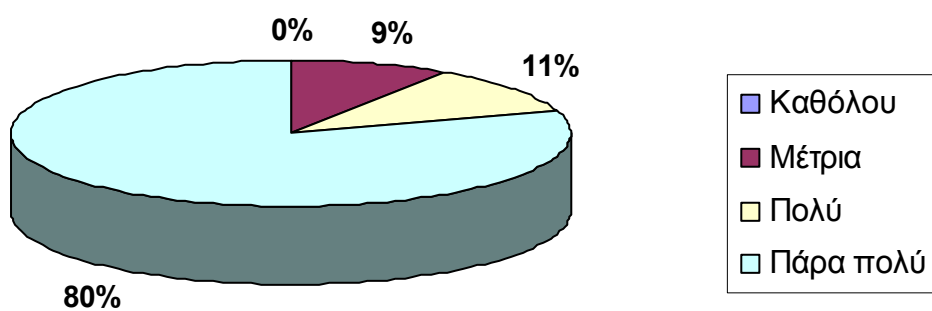
Κληρονομικότητα



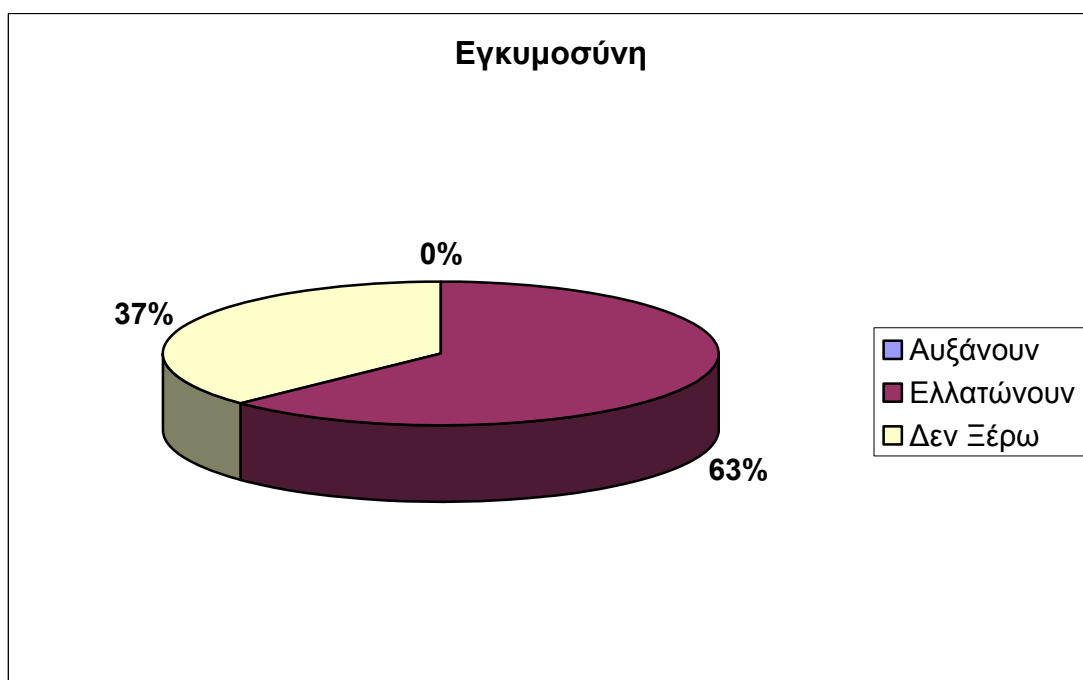
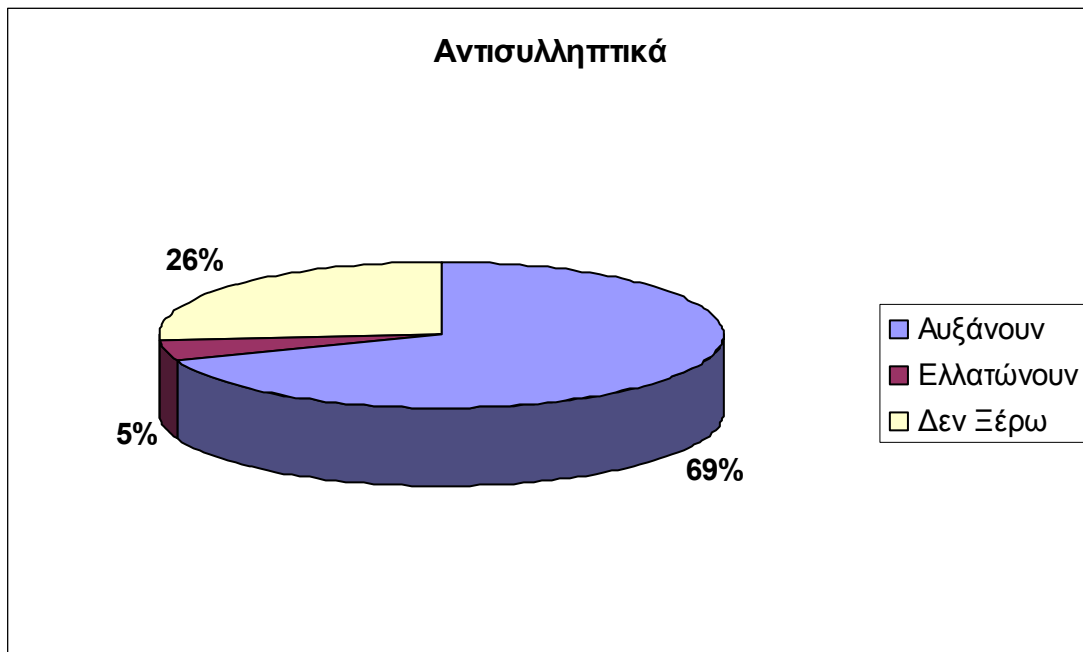
Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κλίμα κτλ)



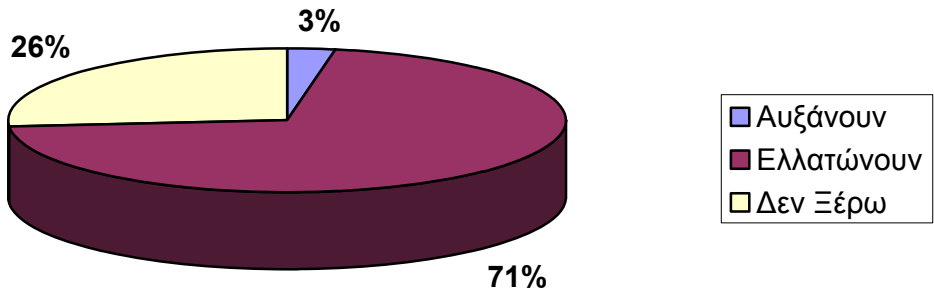
Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια



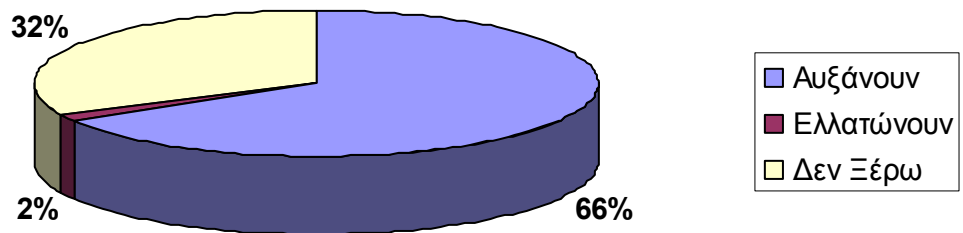
3) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) στους παρακάτω παράγοντες που πιστεύετε ότι αυξάνουν ή ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:



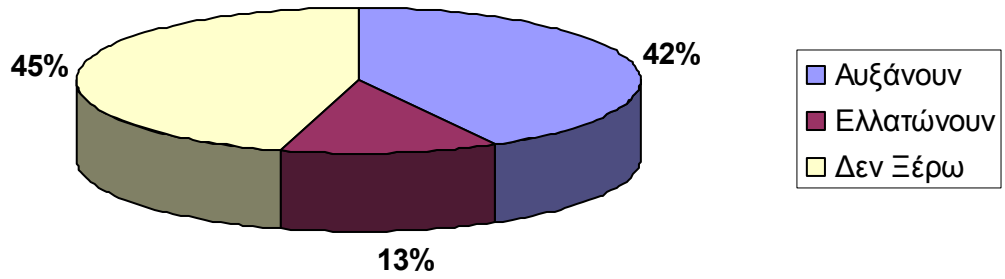
Θηλασμός



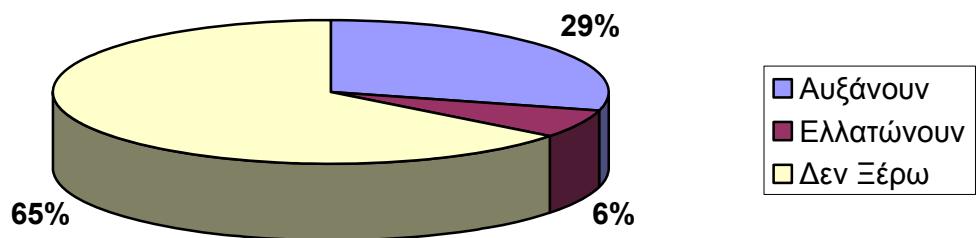
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης



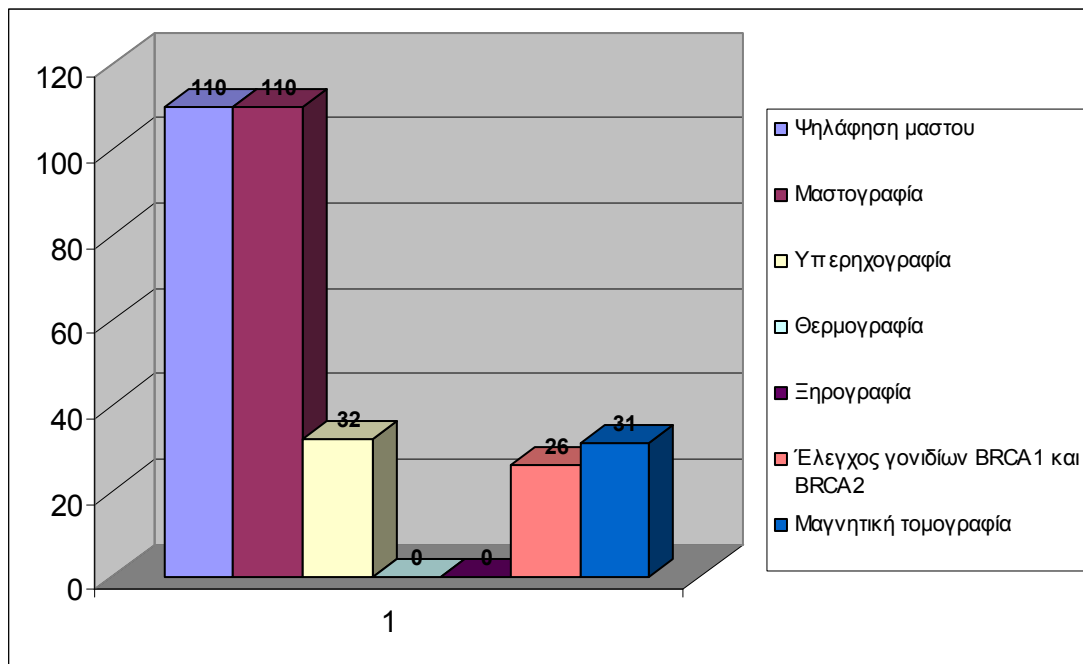
Πλαστική στήθους



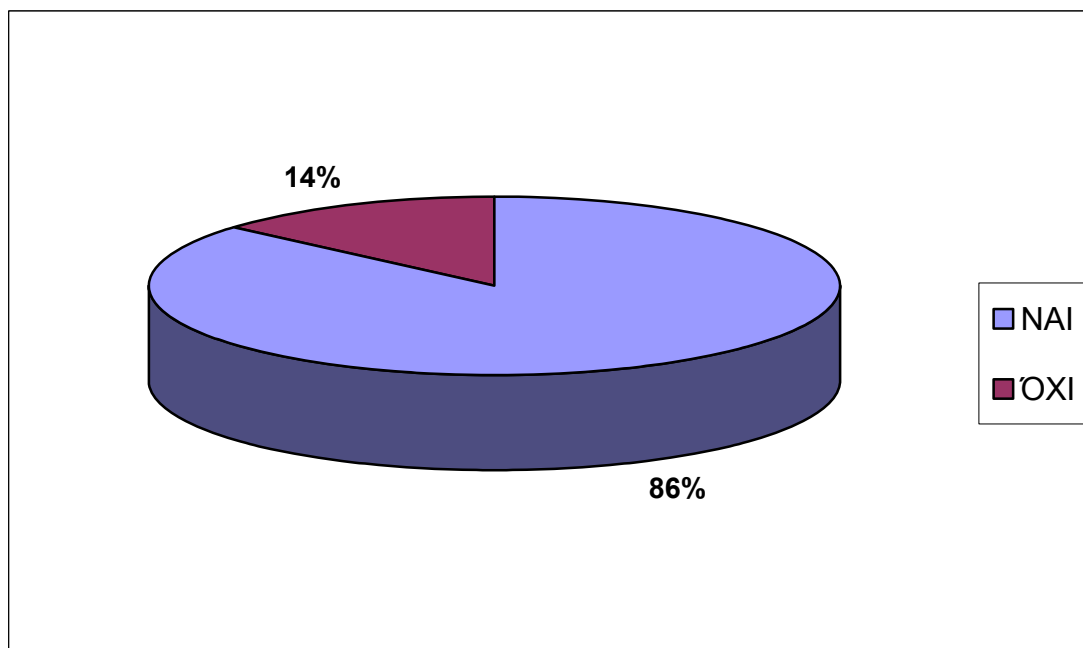
Πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυσης

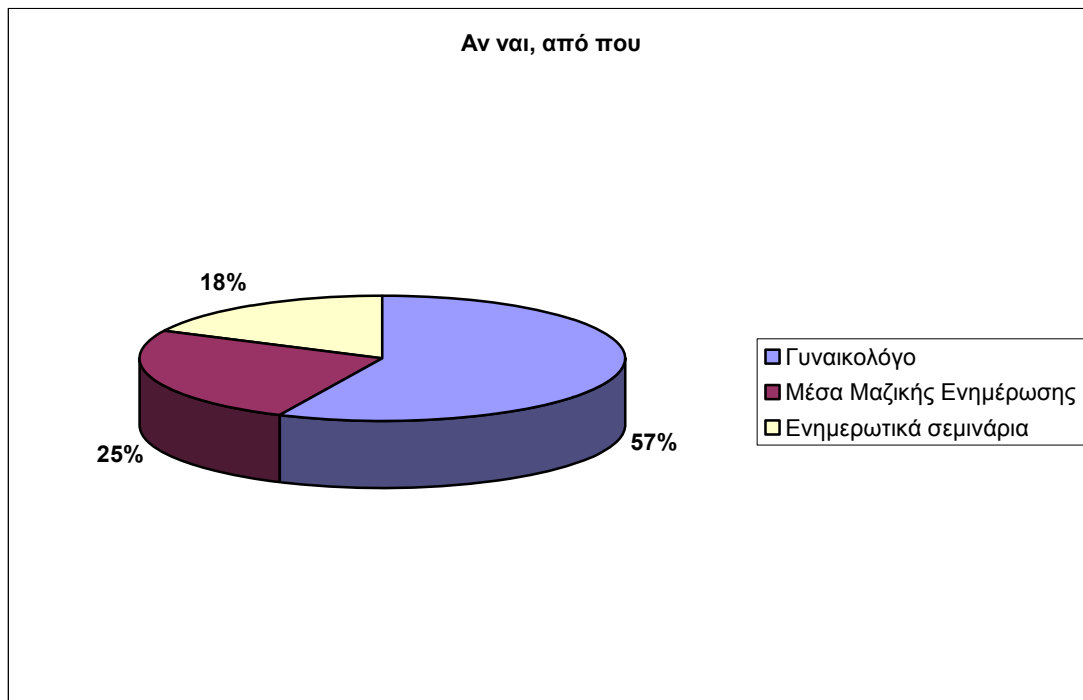


4) Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;

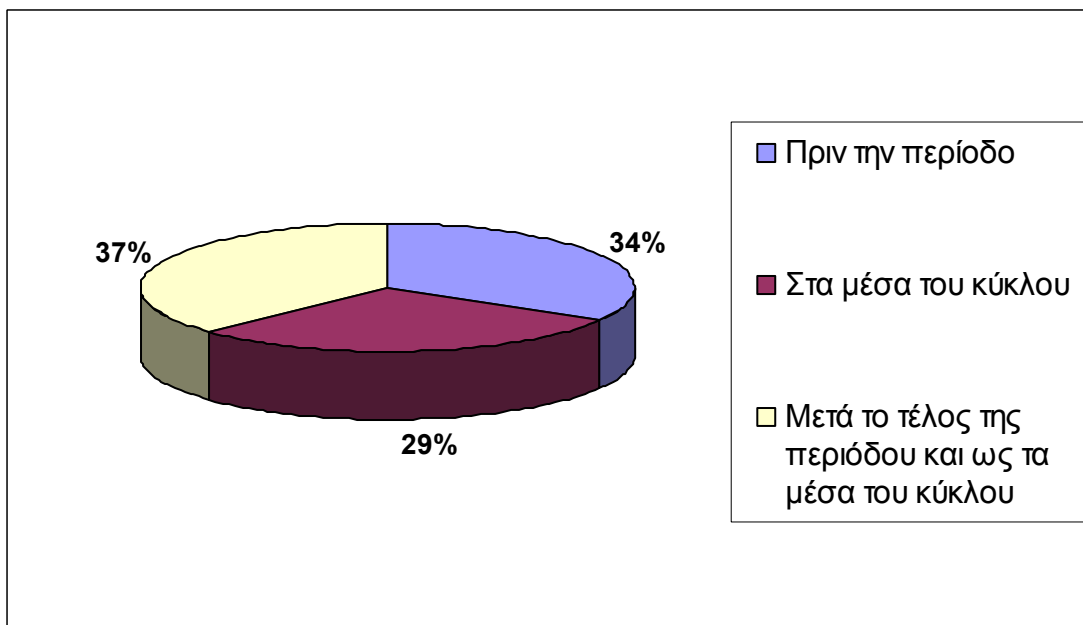


5) Γνωρίζετε τον τρόπο που γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;

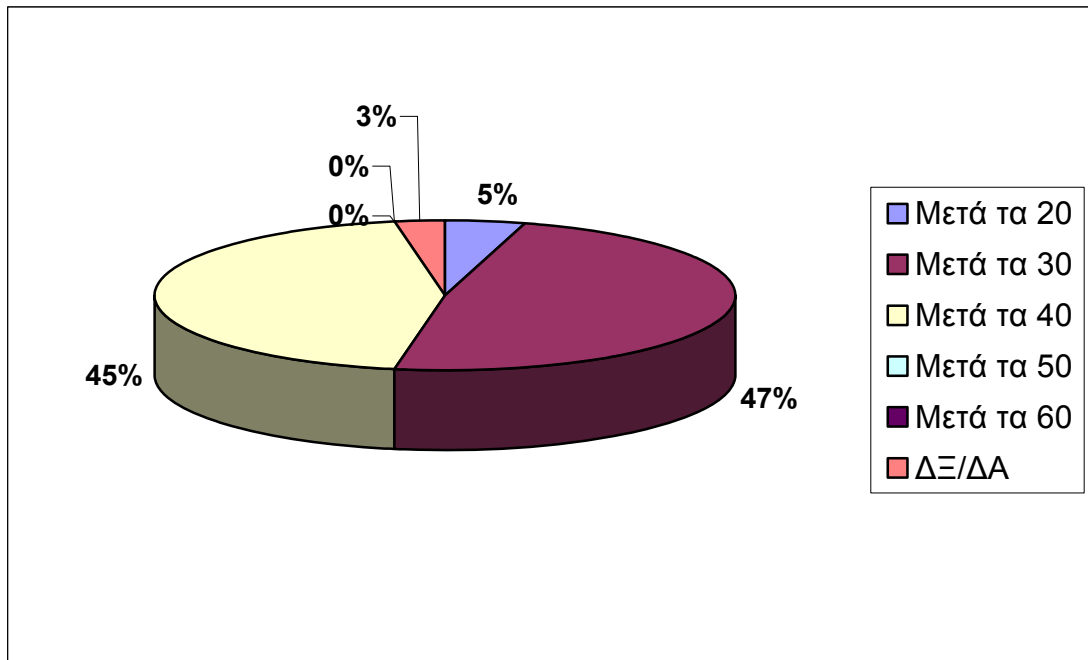




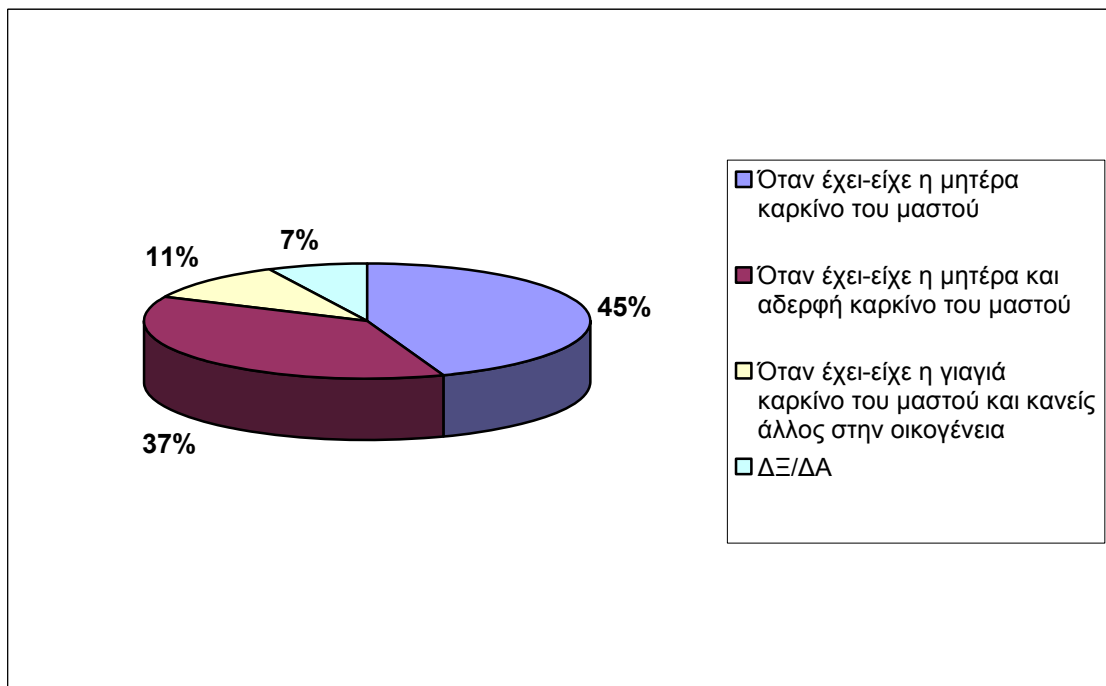
6) Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;



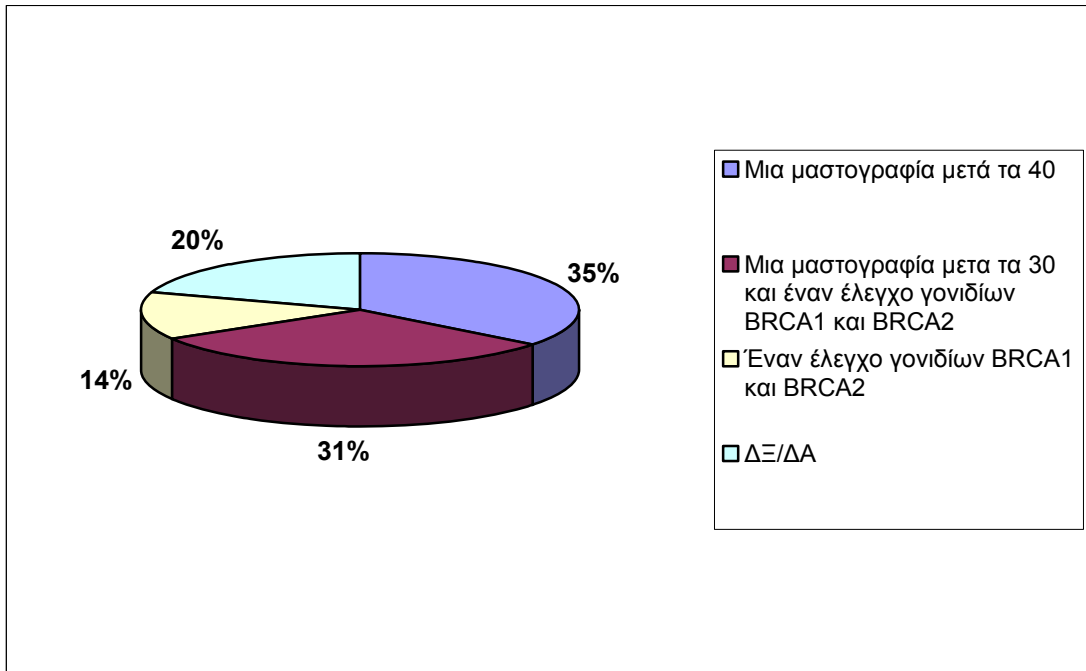
7) Μια γυναίκα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό σε ποία από τις παρακάτω ηλικίες πιστεύεται ότι πρέπει να κάνει την πρώτη μαστογραφία ;



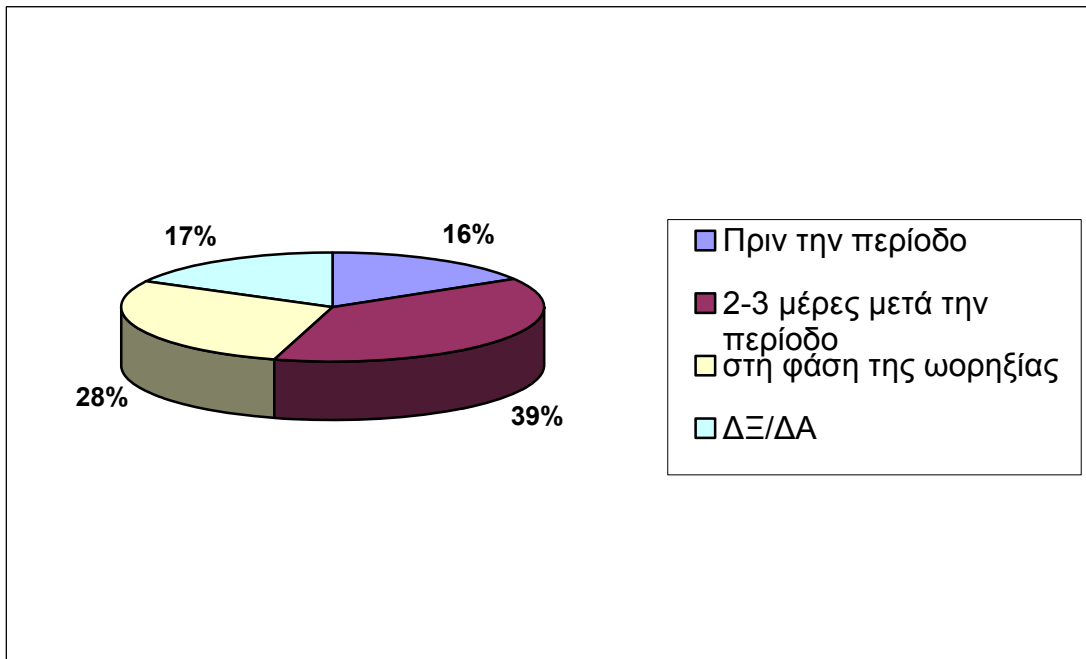
8) Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;



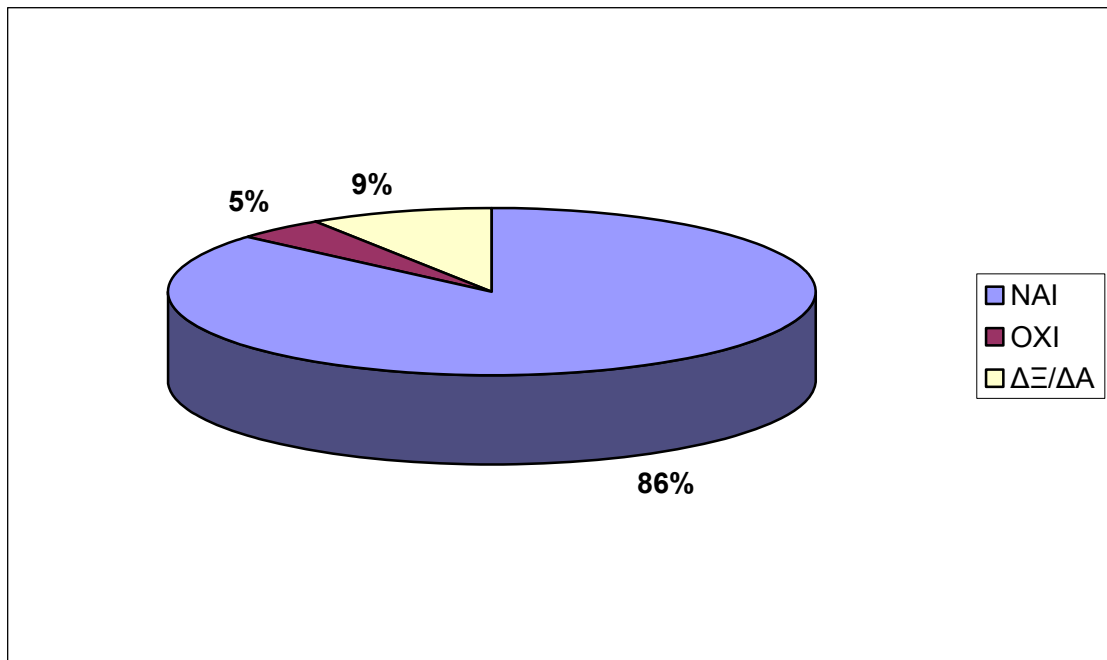
9) Μια γυναίκα με κληρονομικό οικογενειακό ιστορικό πρέπει να κάνει:



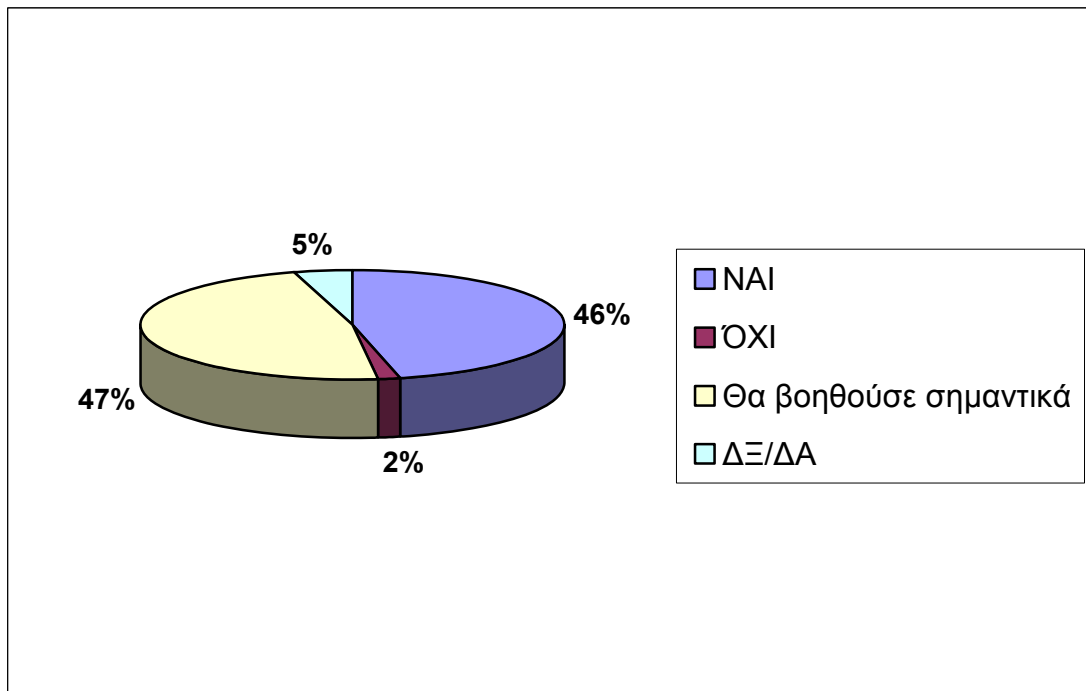
10) Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;



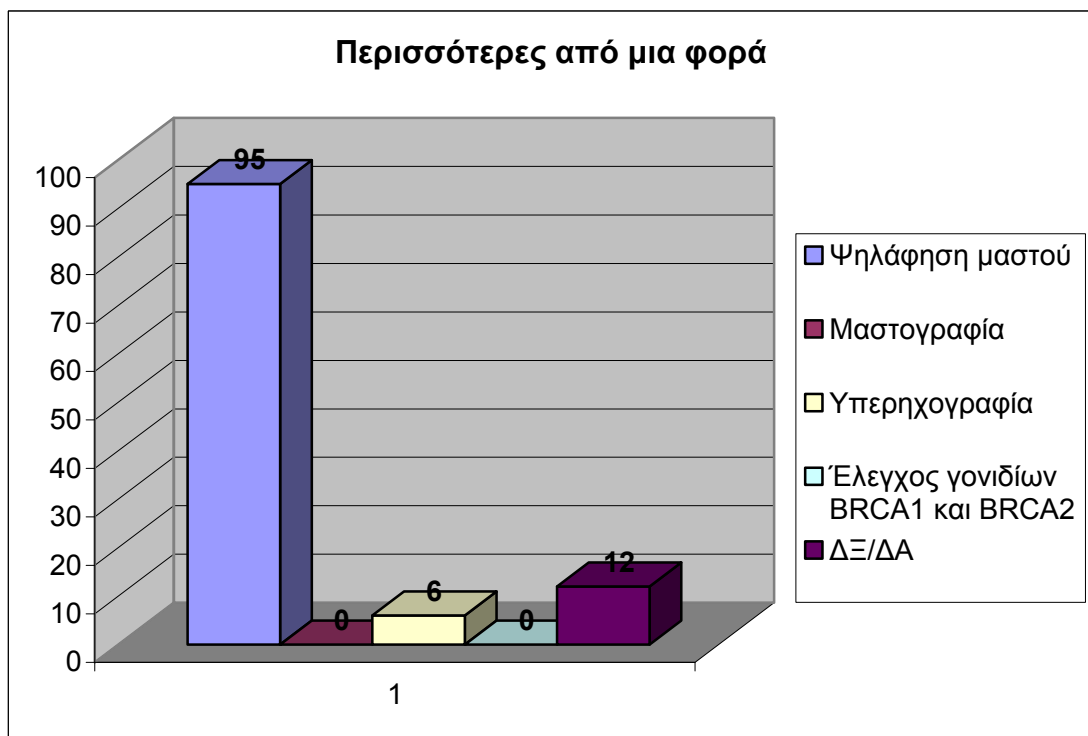
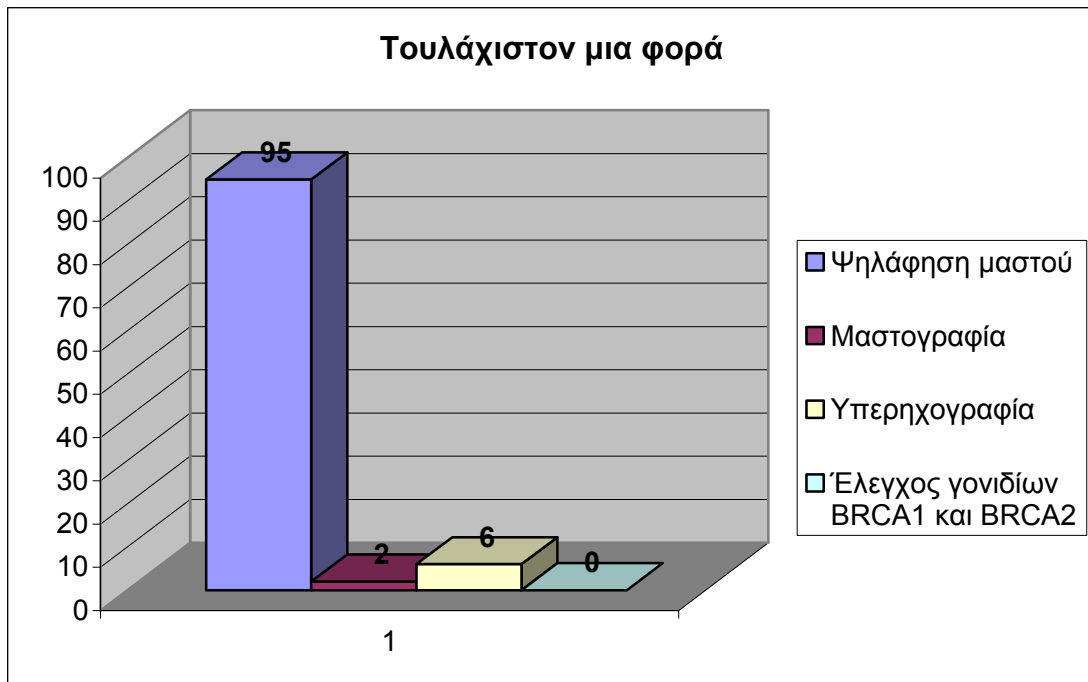
11) Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;



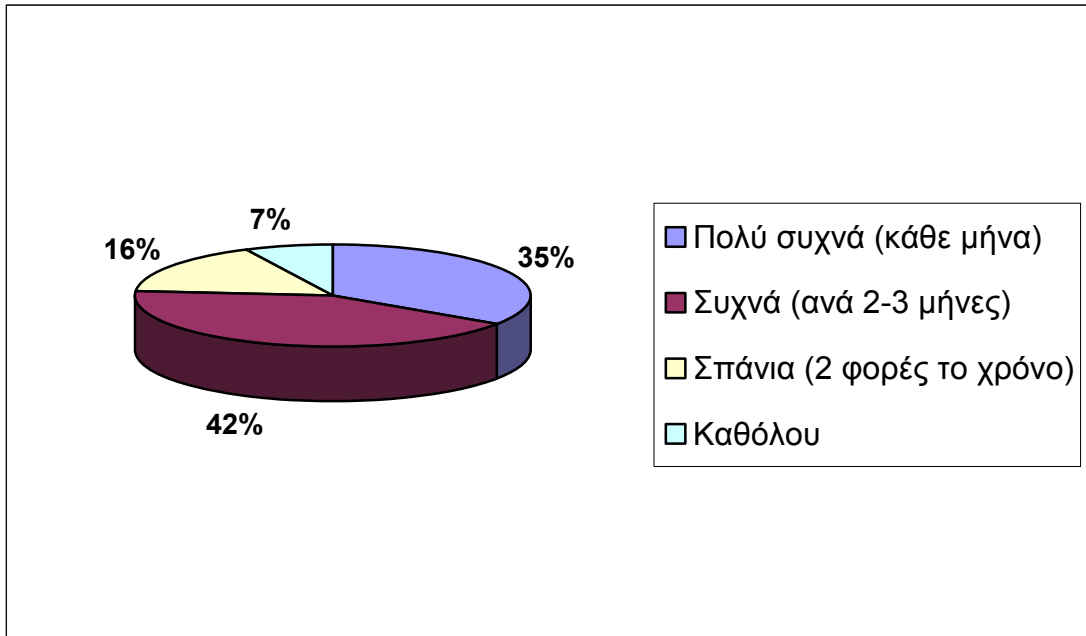
12) Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;



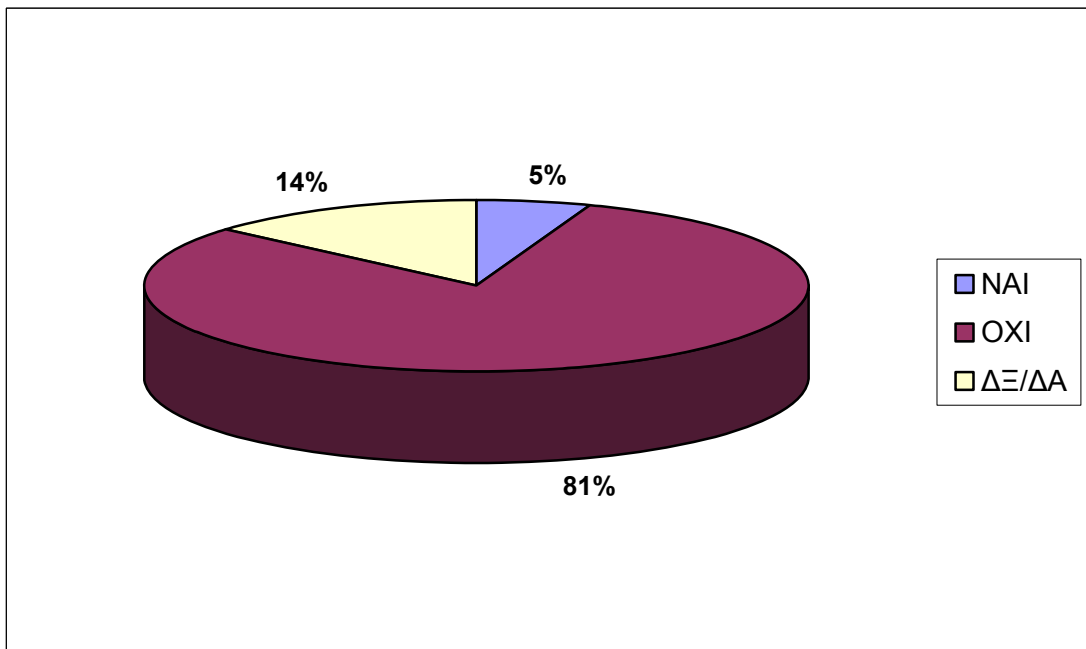
13) Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;



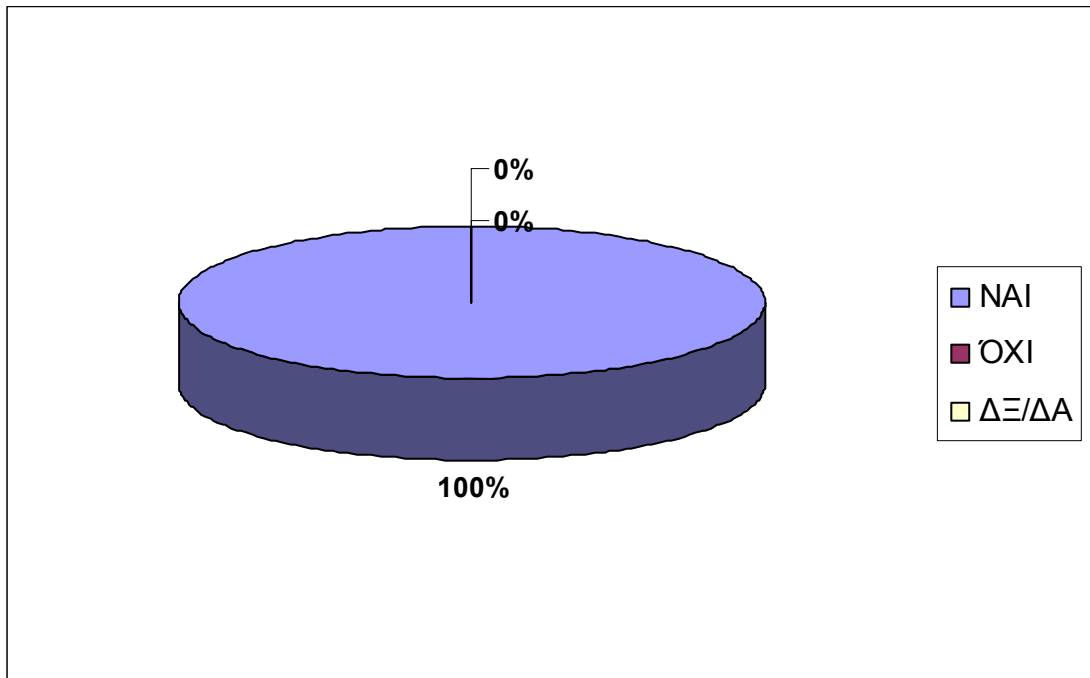
14) Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστού;



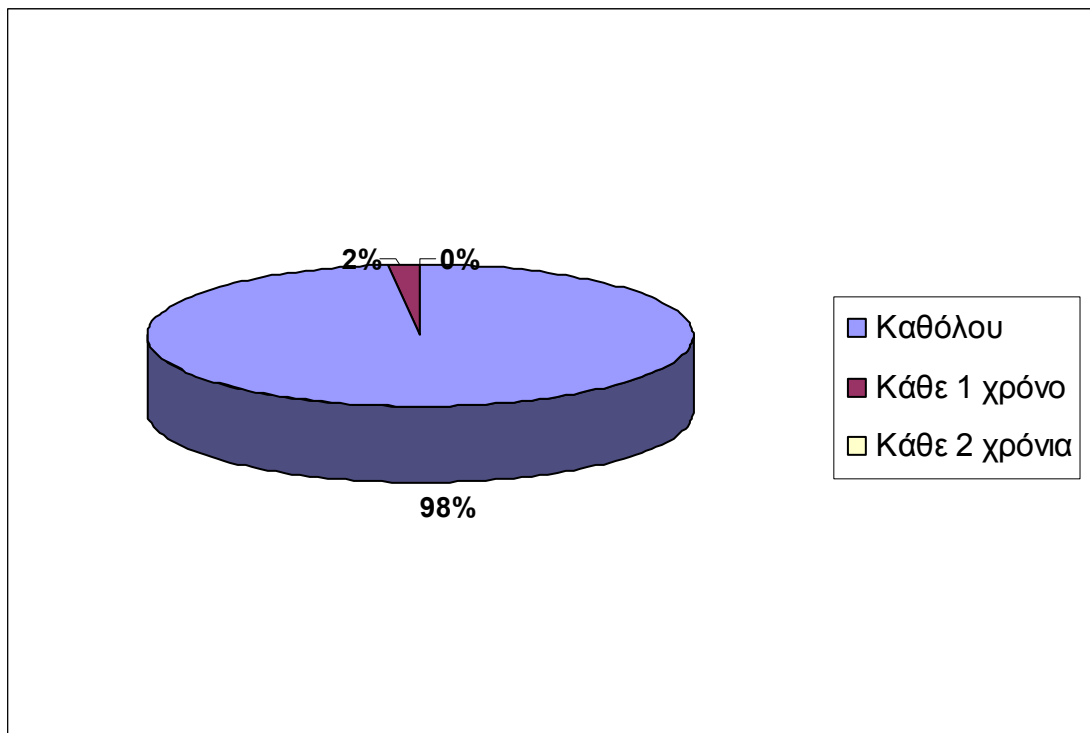
15) Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι ύποπτο στο στήθος σας;



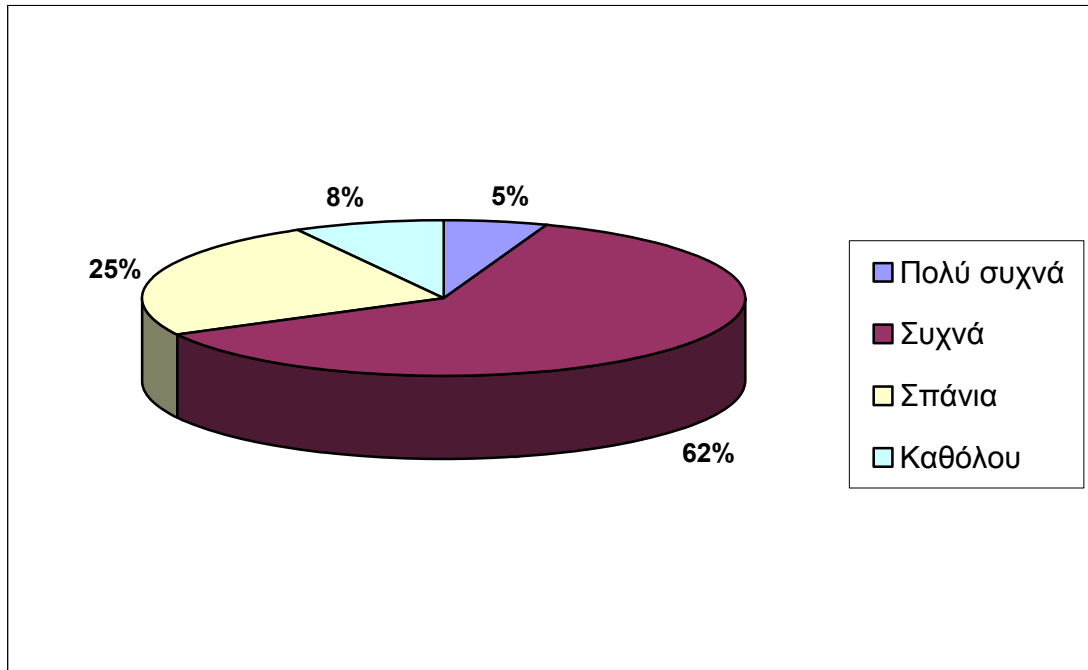
Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο;



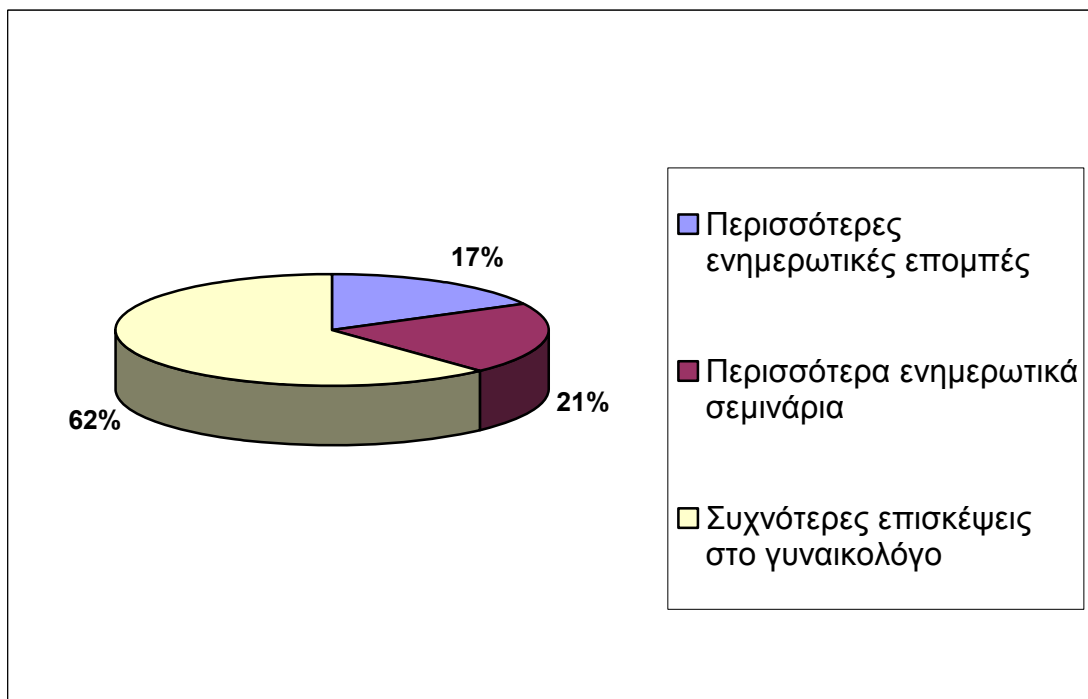
16) Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;



17) Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις:

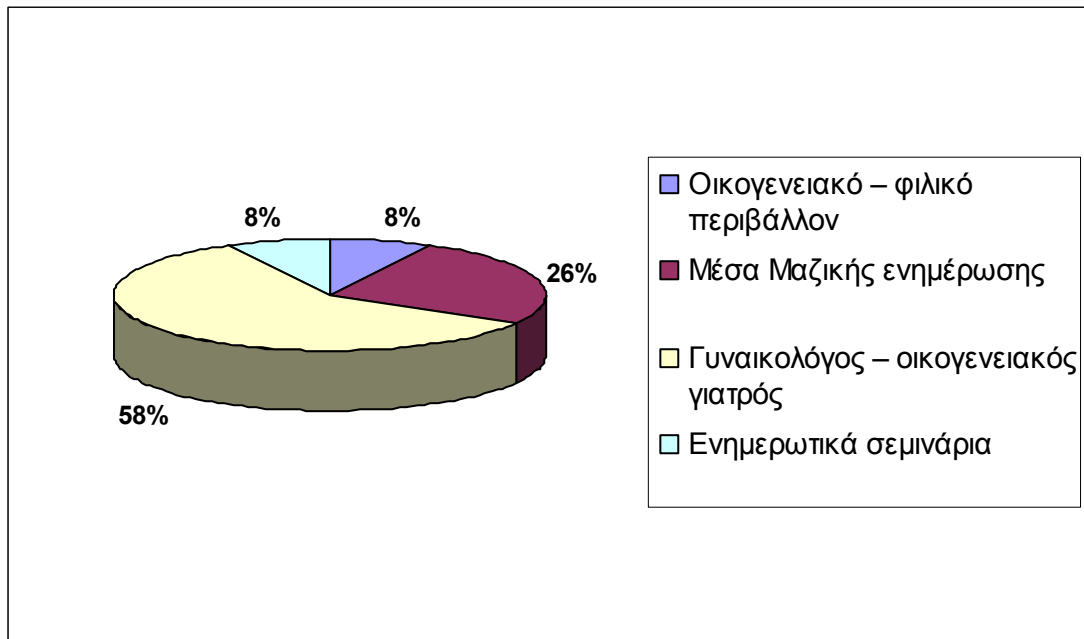


18) Ποια από τα παρακάτω μέτρα προτείνετε;

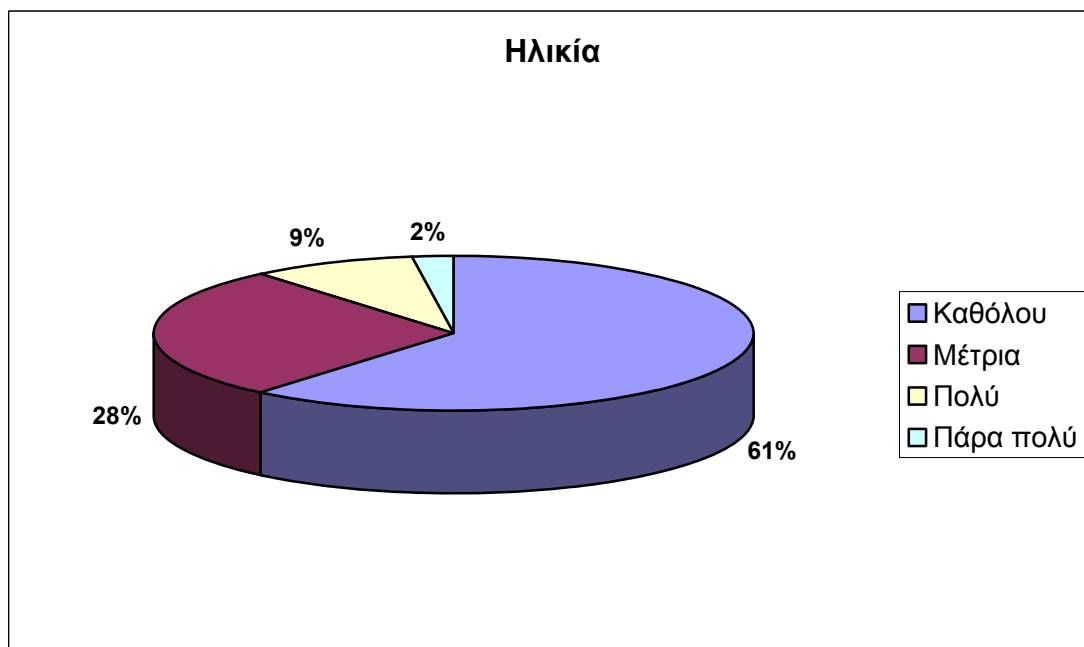


Αποτελέσματα γυναικών ηλικίας 18-35 με κληρονομικό ιστορικό (άτομα 90)

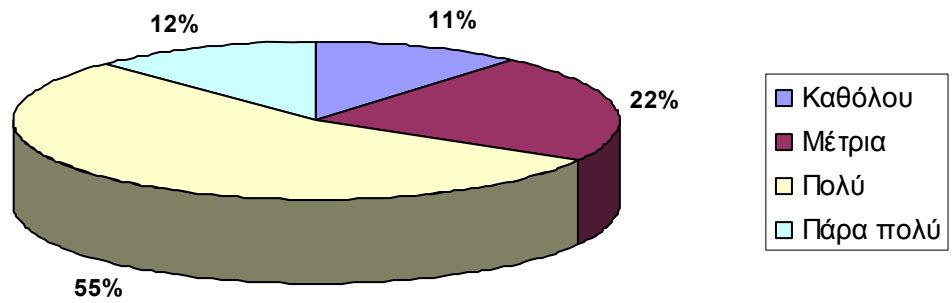
1) Ποιες από τις παρακάτω πηγές πιστεύετε ότι σας παρείχαν καλύτερη ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του μαστού;



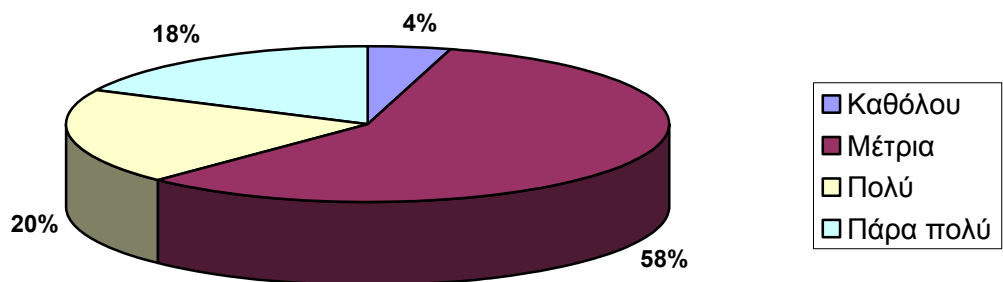
2) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού:



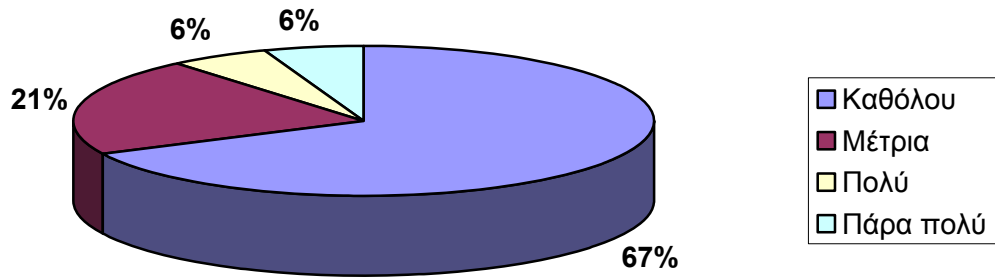
Κάπνισμα



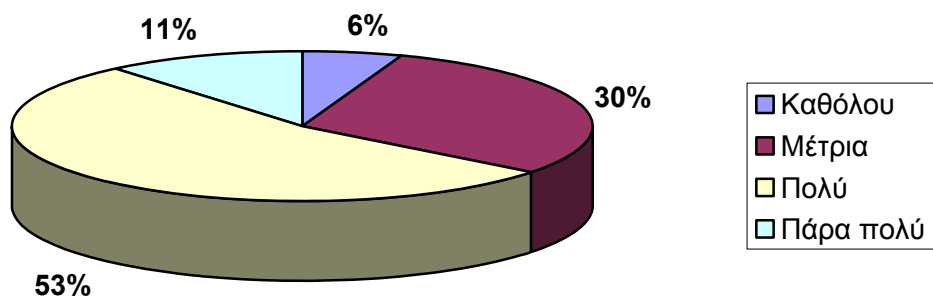
Άγχος



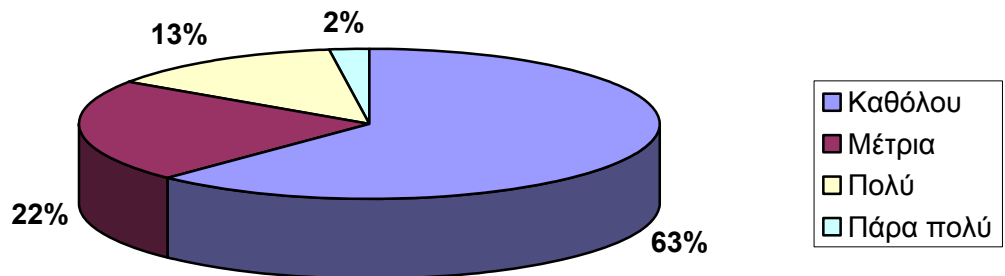
Αλκοόλ



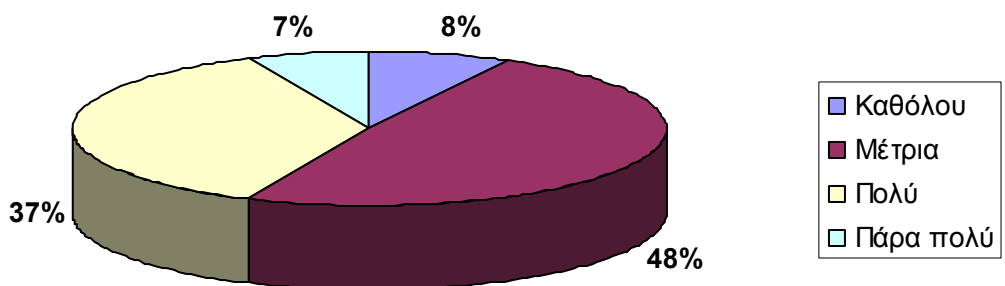
Διατροφή πλούσια σε λίπη



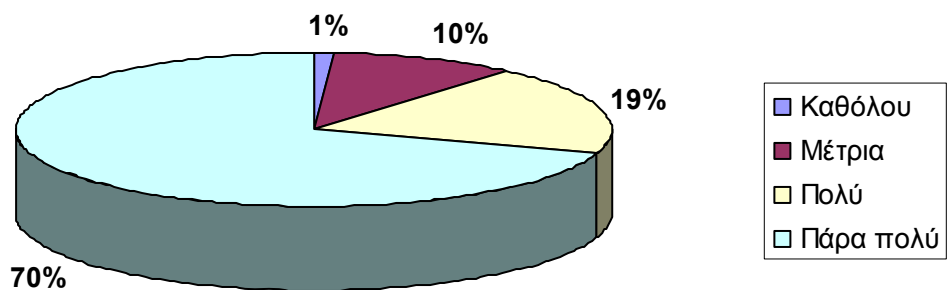
Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες



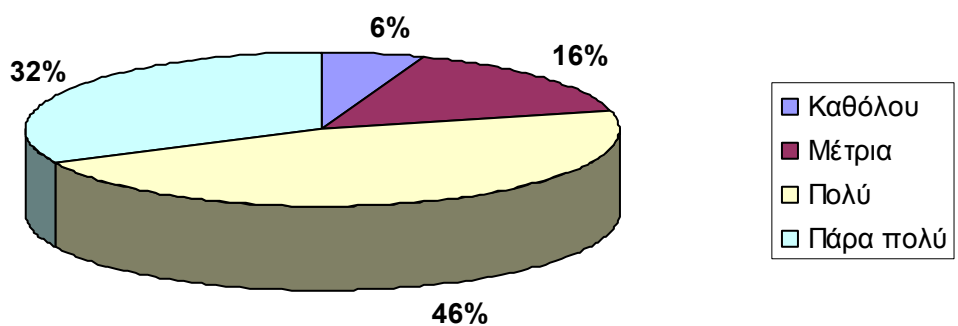
Αυξημένο σωματικό βάρος



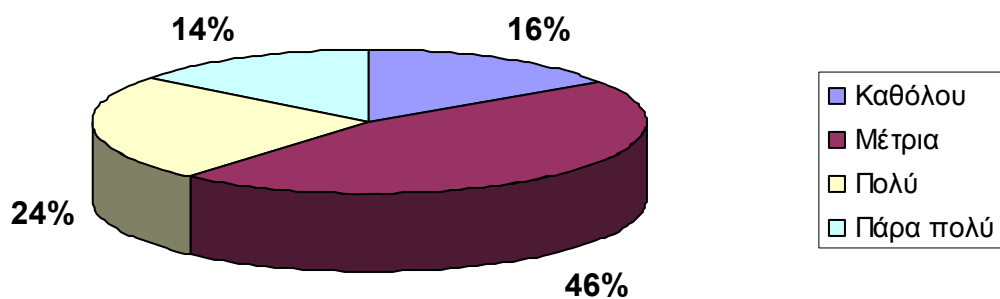
Ατομικό αναμνηστικό σε καρκίνο του μαστού



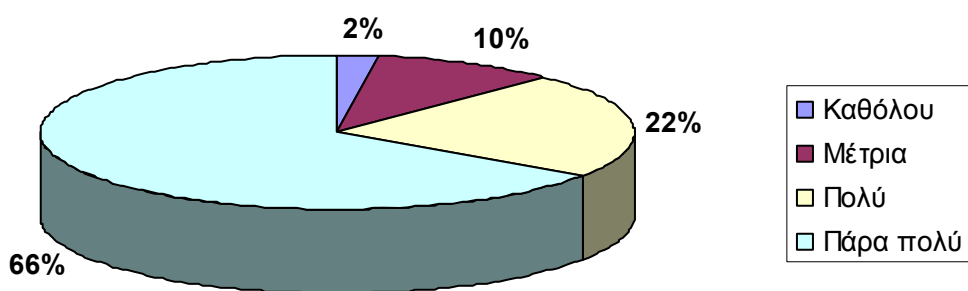
Κληρονομικότητα



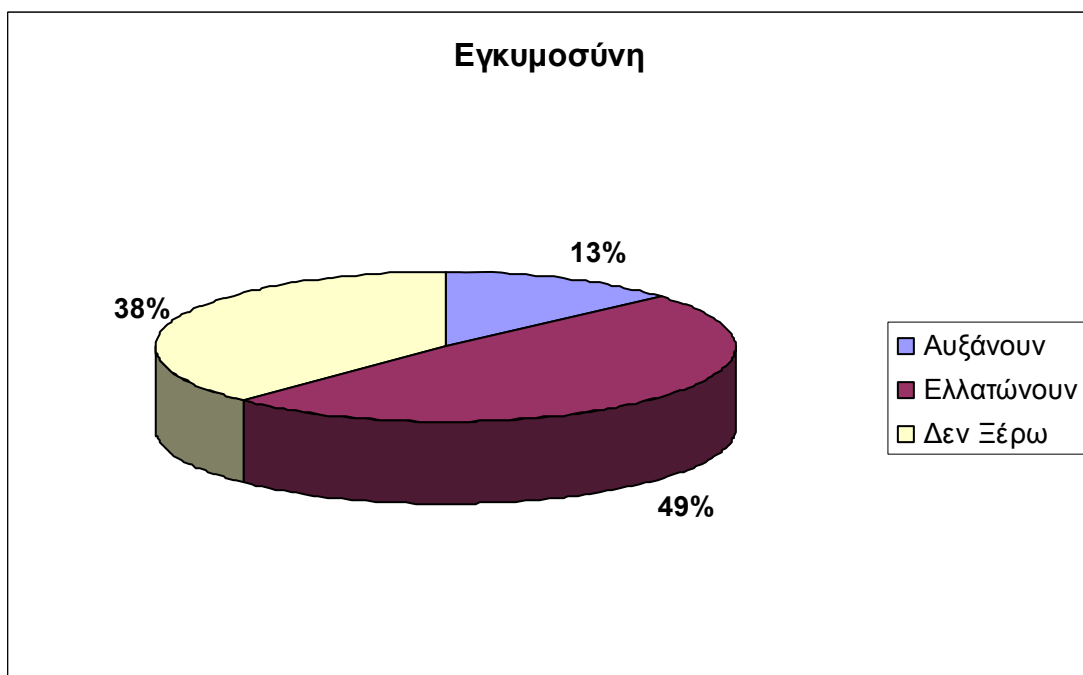
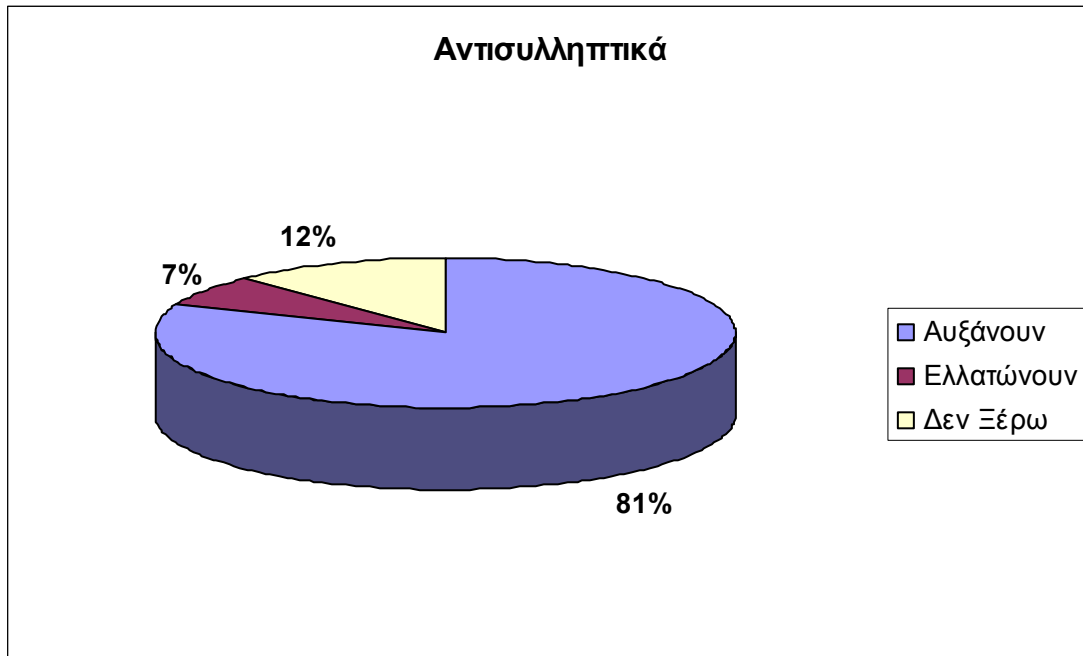
Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κλίμα κτλ)



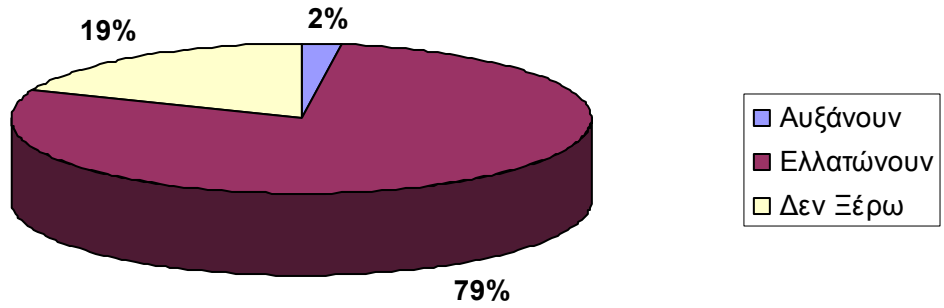
Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια



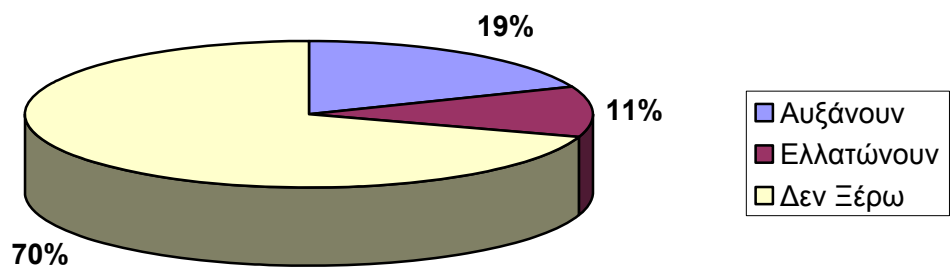
3) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) στους παρακάτω παράγοντες που πιστεύετε ότι αυξάνουν ή ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:



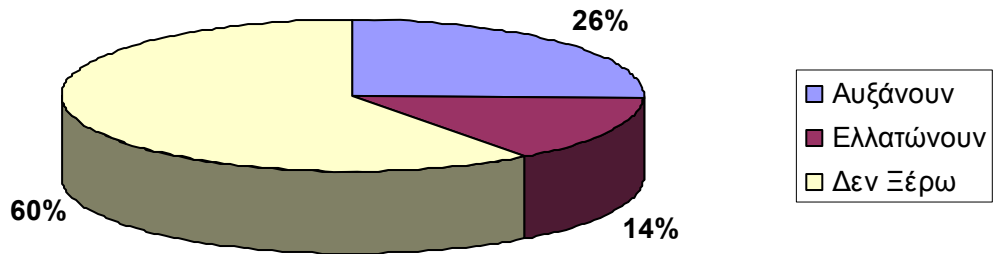
Θηλασμός



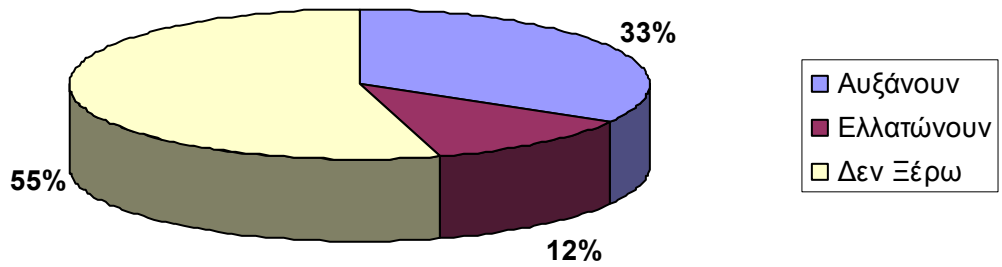
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης



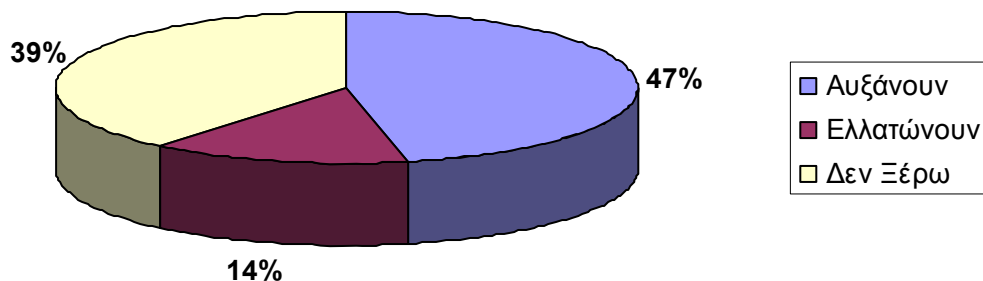
Πλαστική στήθους



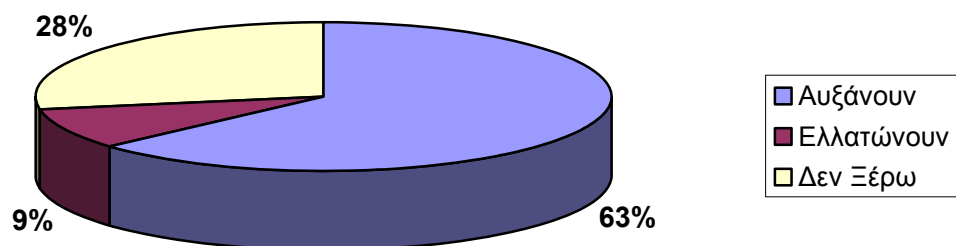
Ατεκνία



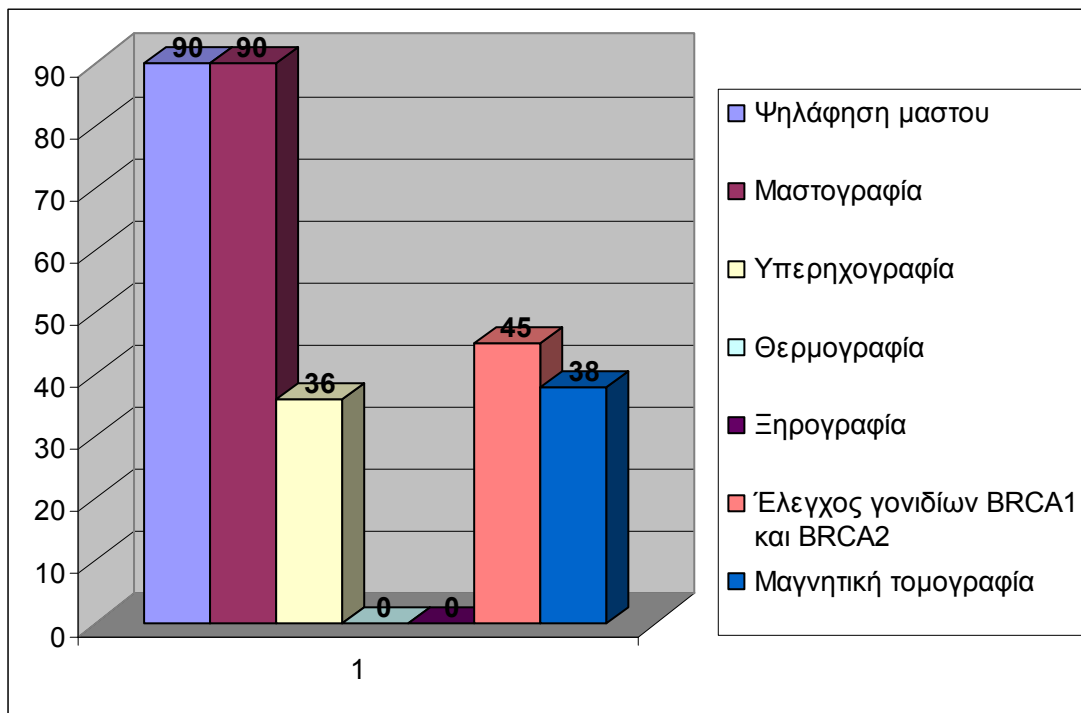
Καλοήθης πάθηση στο μαστό



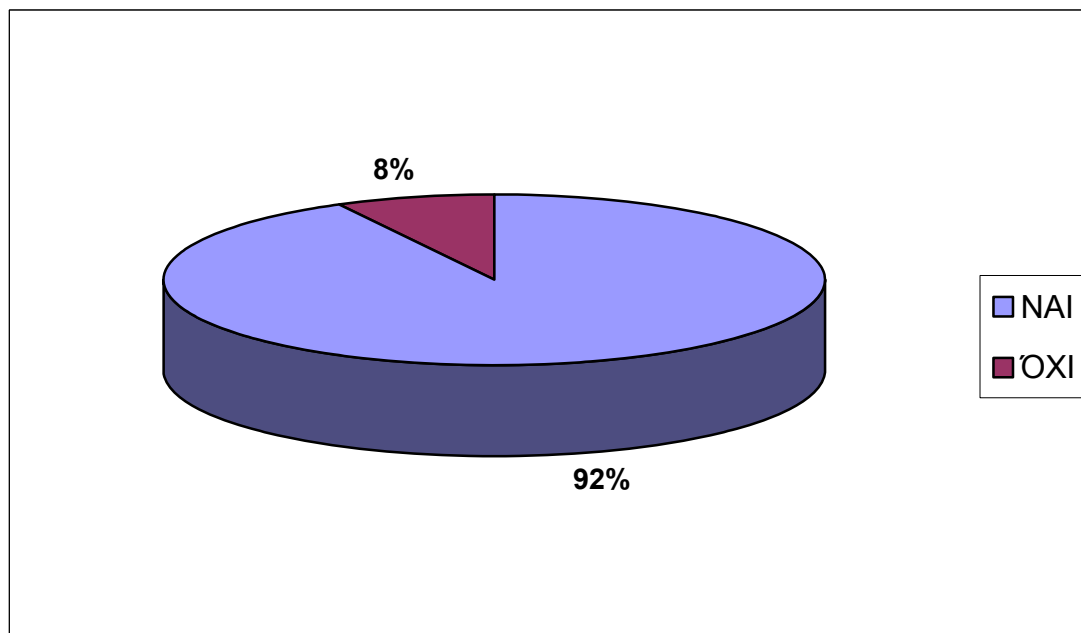
Πρώιμη εμμηνарχή και καθυστερυμένη εμμηνόπαυσης



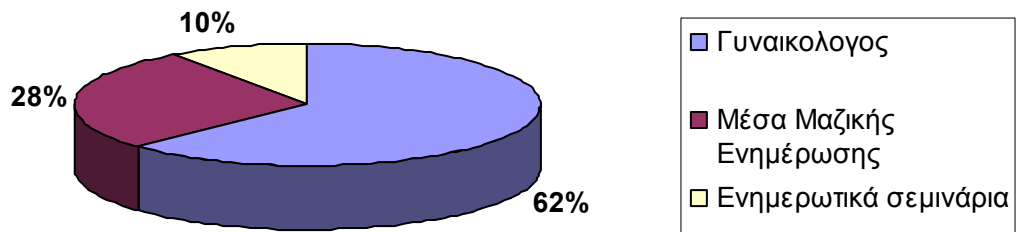
4) Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;



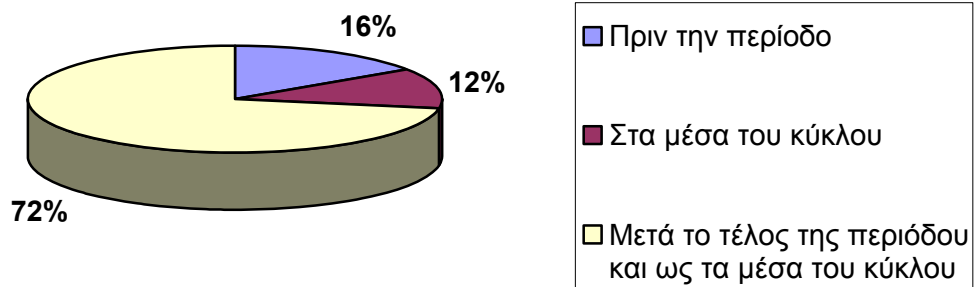
5) Γνωρίζετε τον τρόπο που γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;



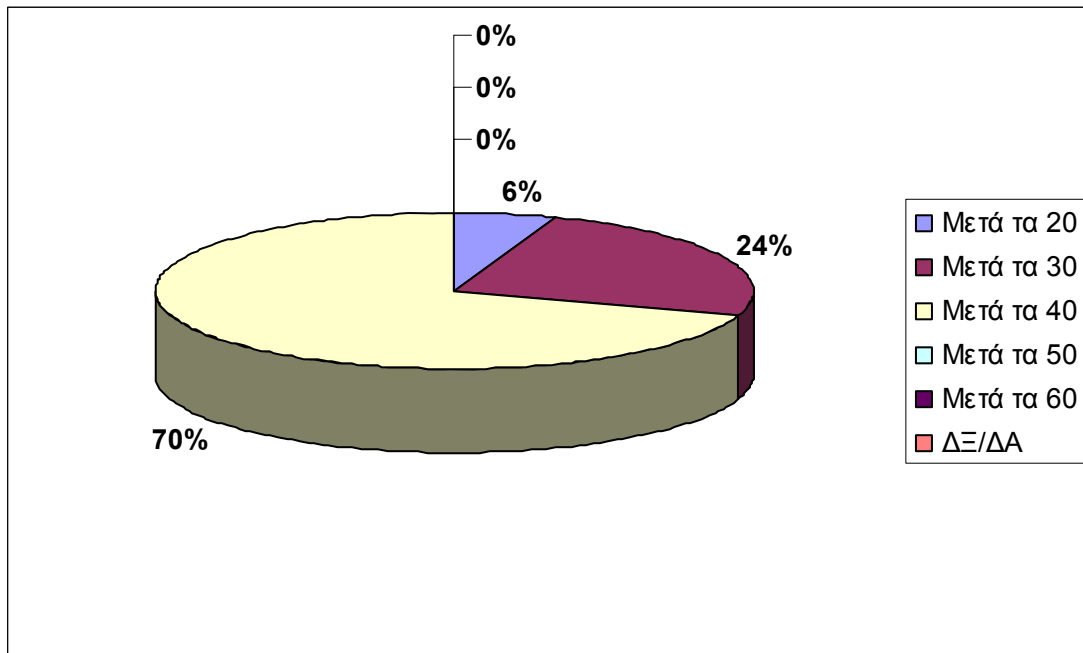
Αν ναι, από που



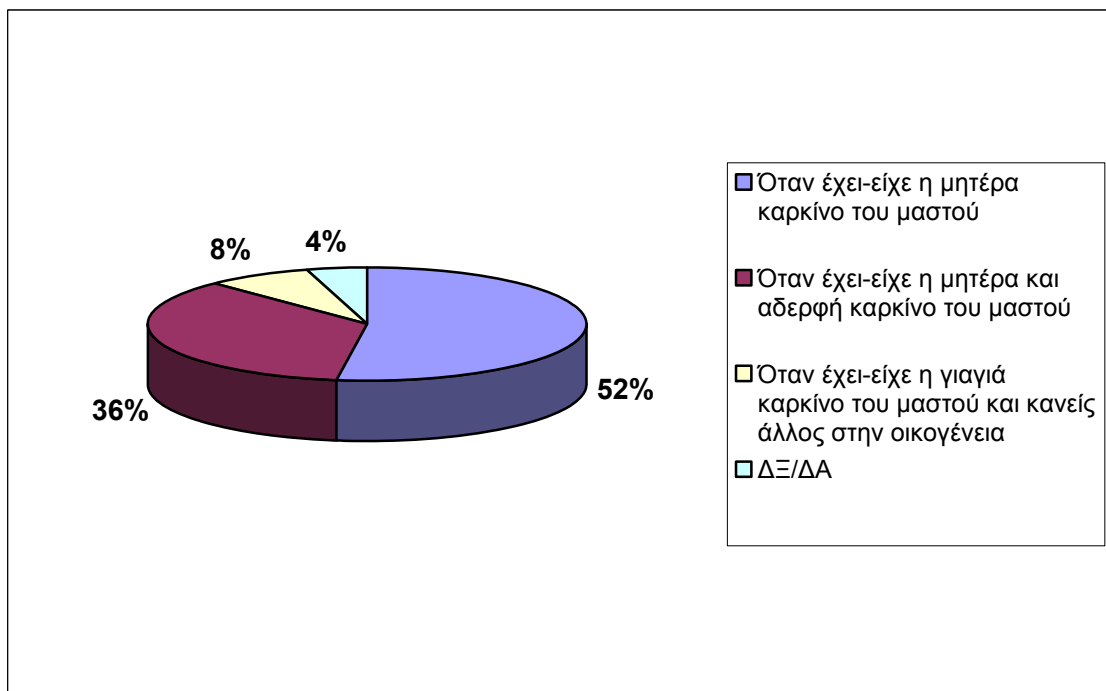
6) Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;



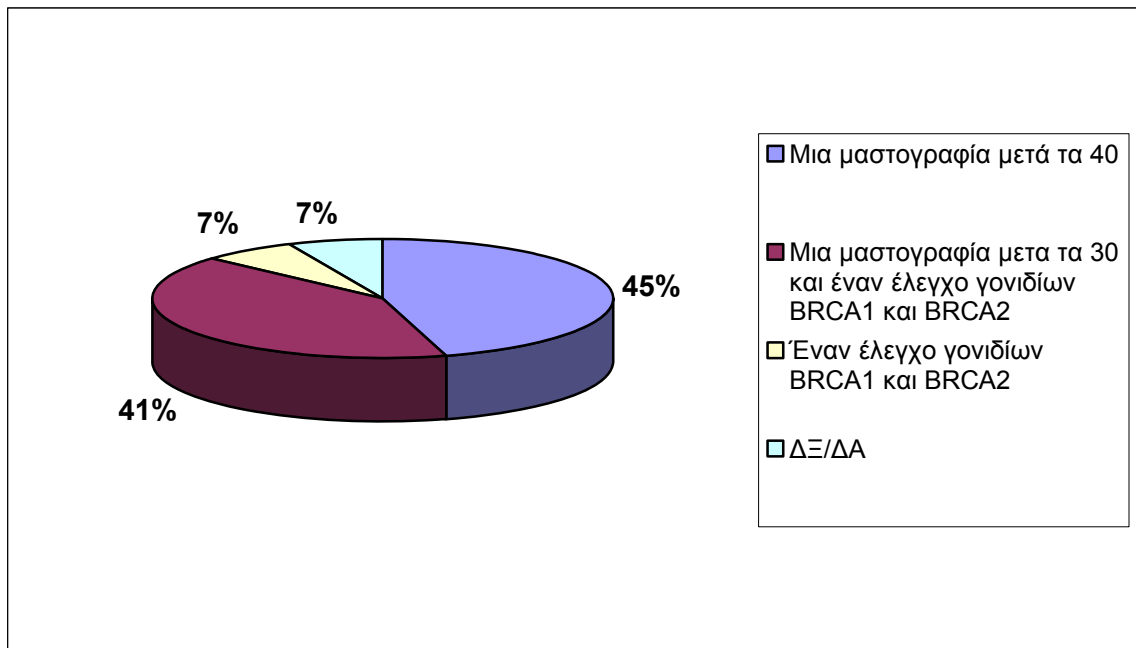
7) Μια γυναίκα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό σε ποία από τις παρακάτω ηλικίες πιστεύεται ότι πρέπει να κάνει την πρώτη μαστογραφία ;



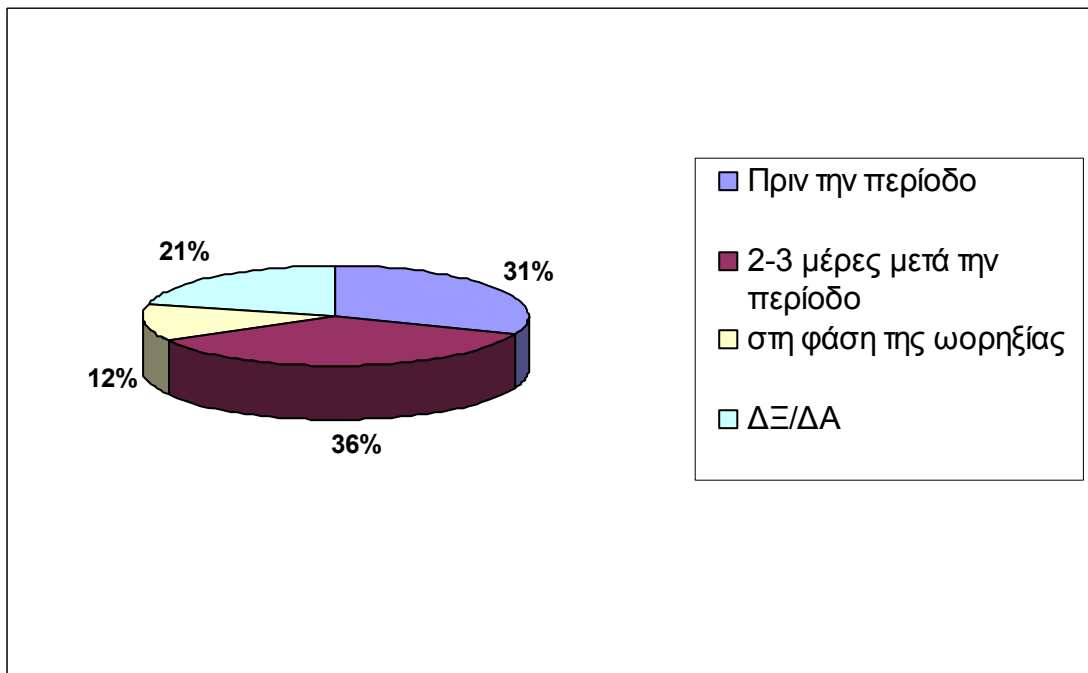
8) Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;



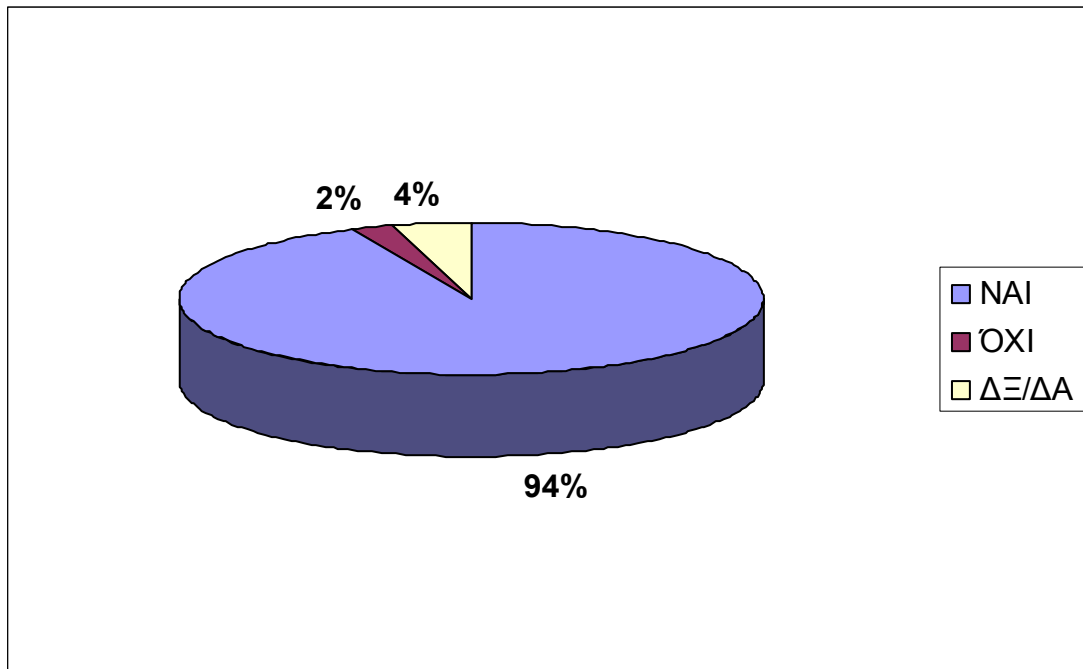
9) Μια γυναίκα με κληρονομικό οικογενειακό ιστορικό πρέπει να κάνει:



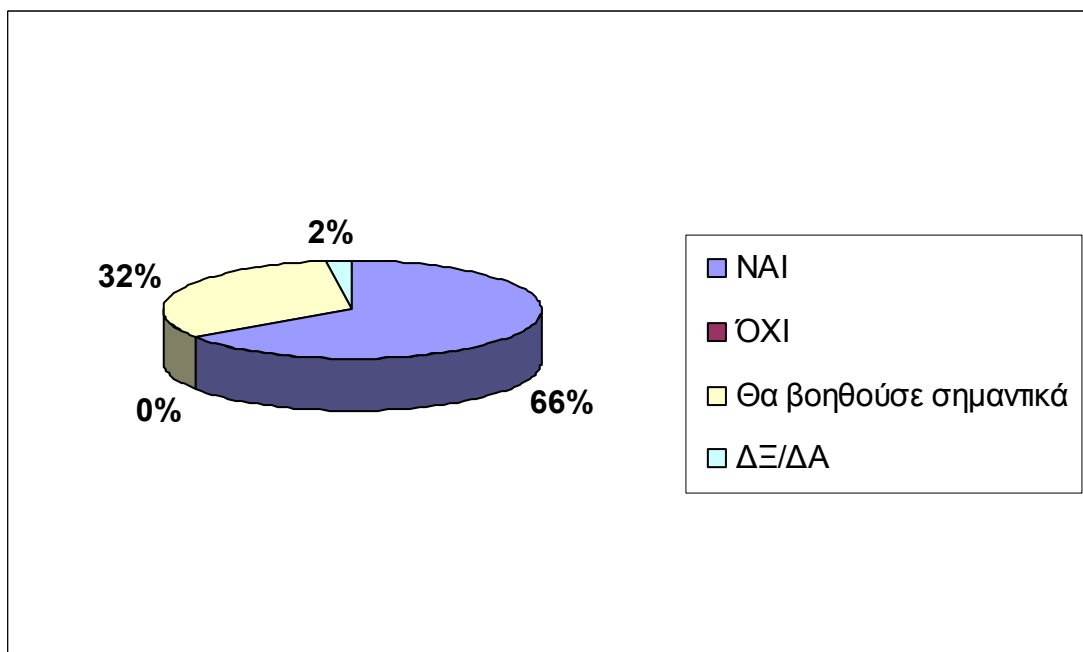
10) Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;



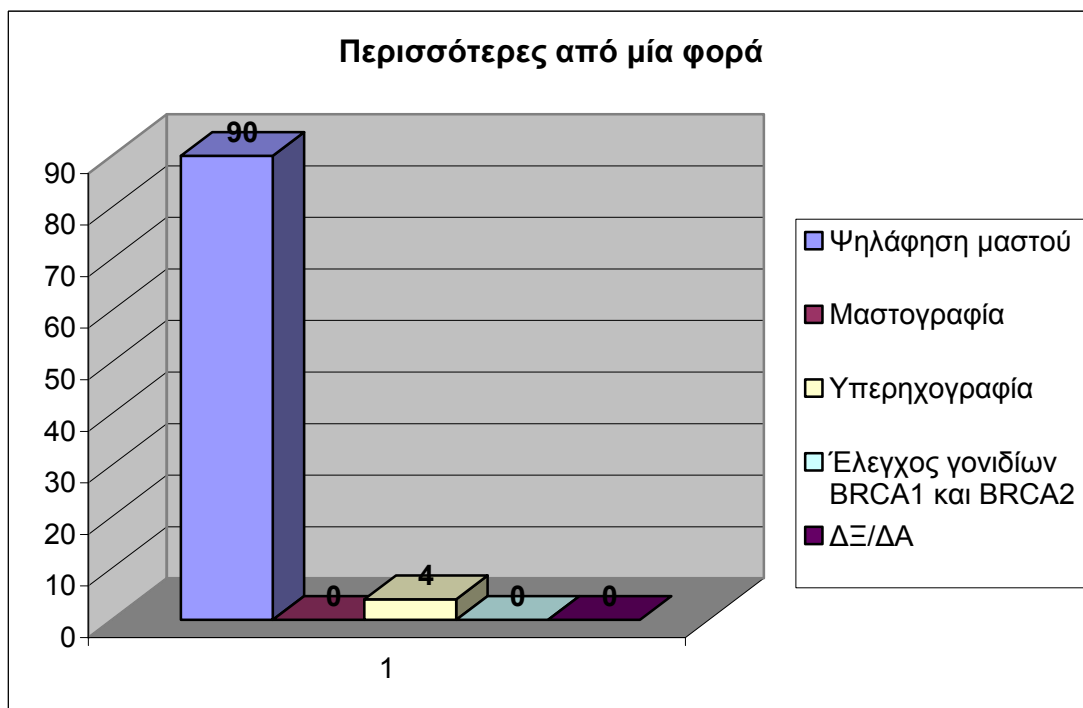
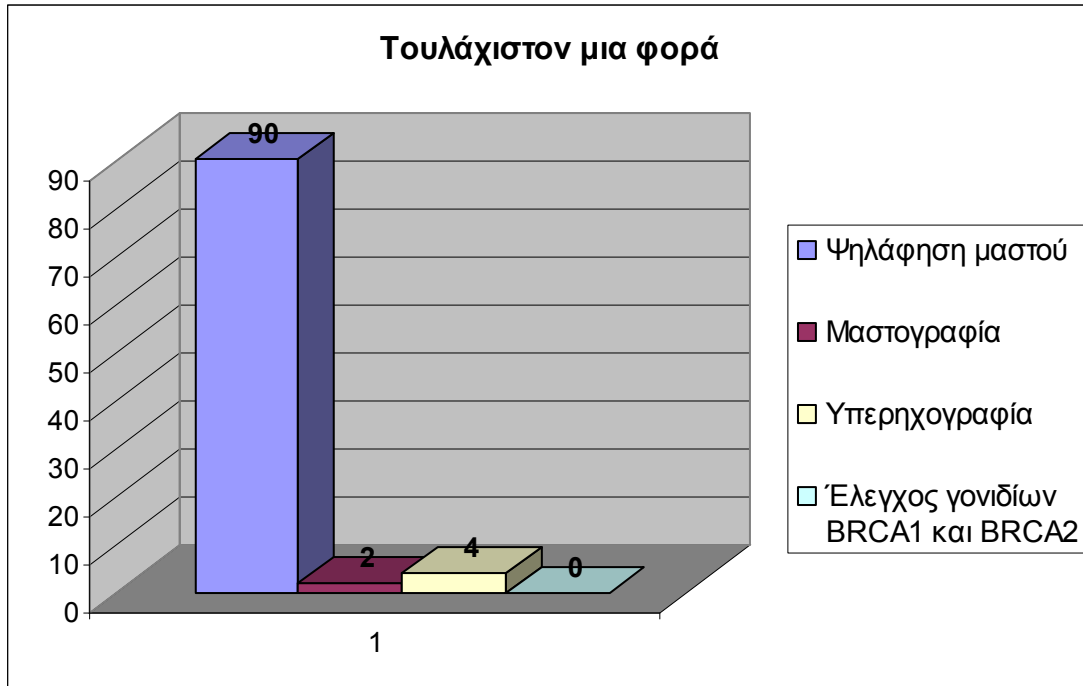
11) Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;



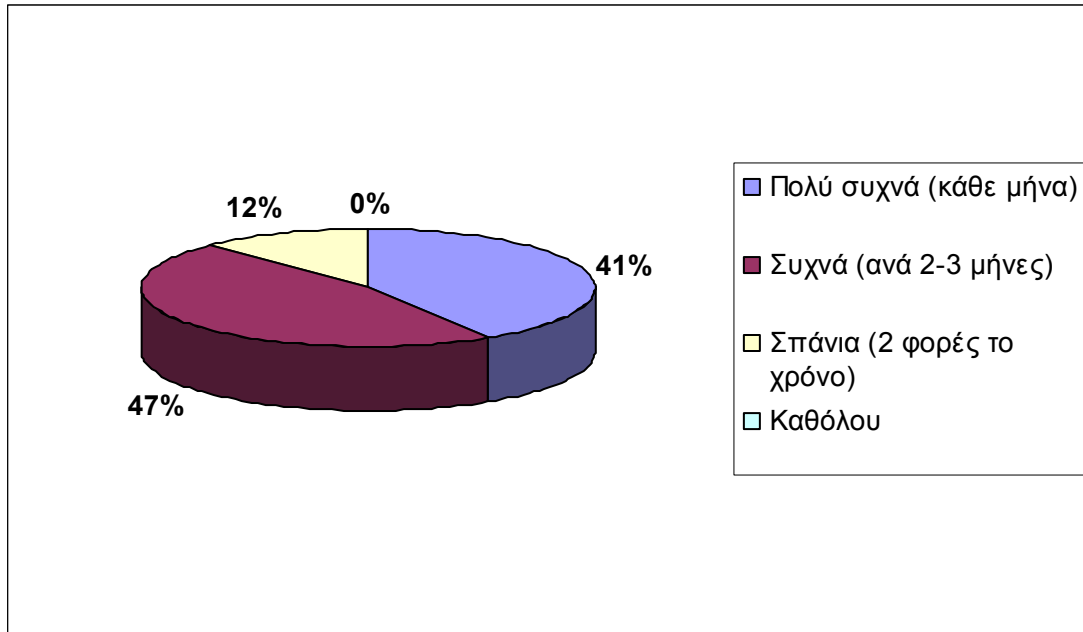
12) Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;



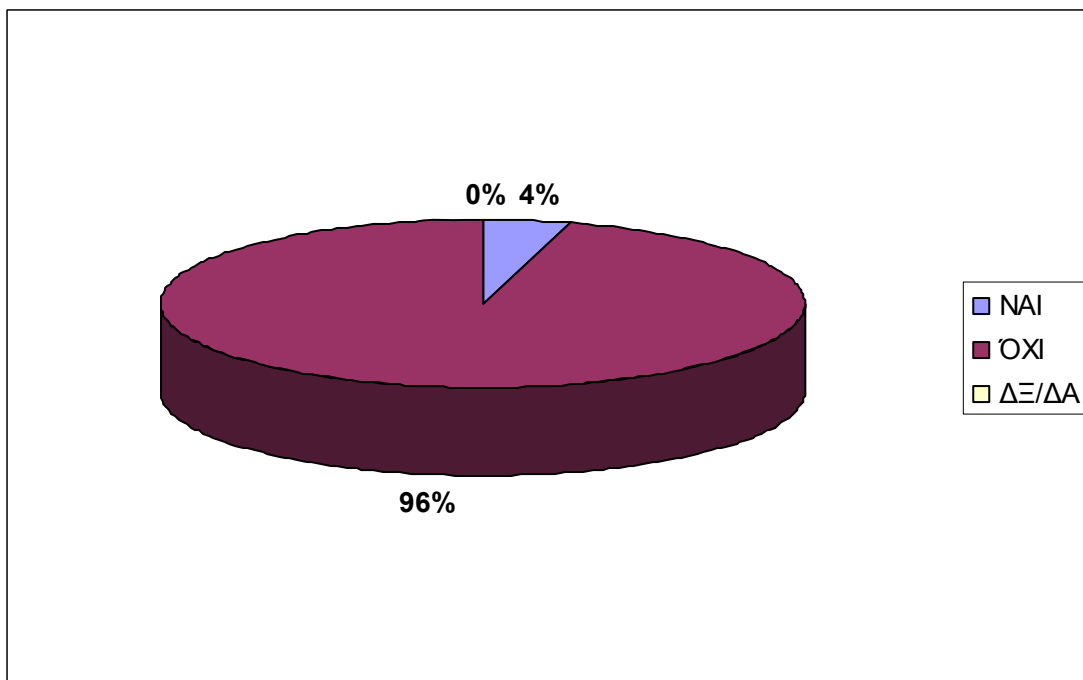
13) Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;



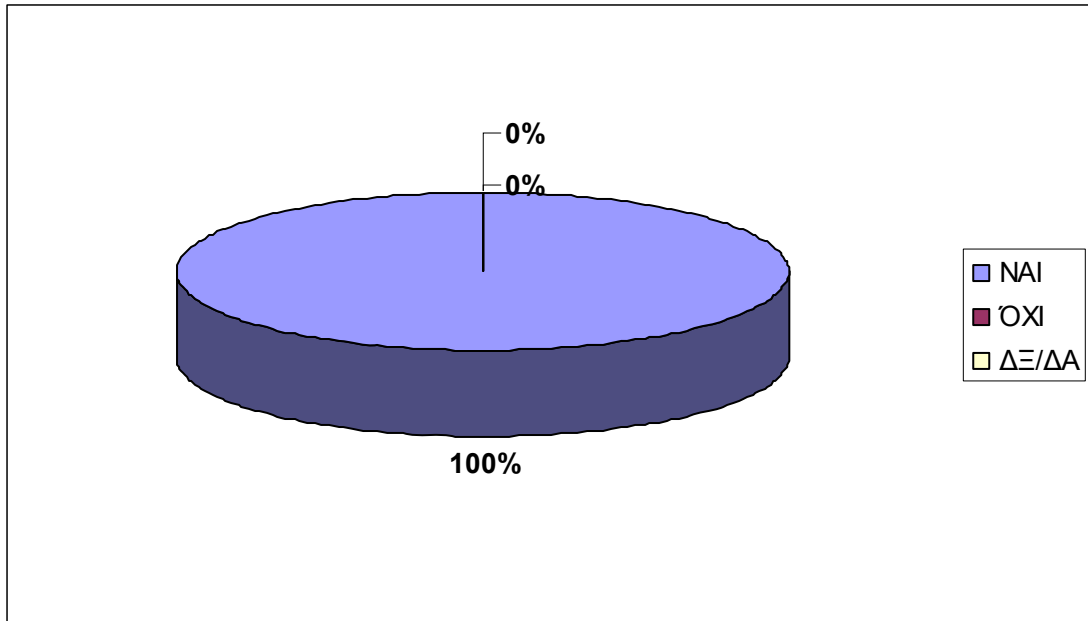
14) Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστού;



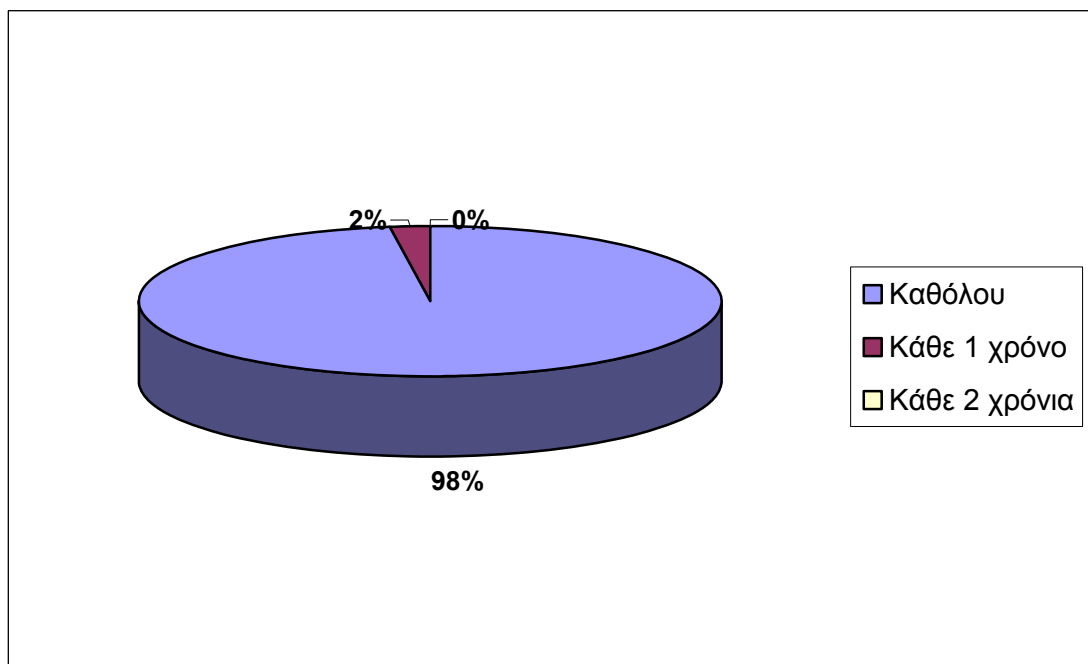
15) Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι ύποπτο στο στήθος σας;



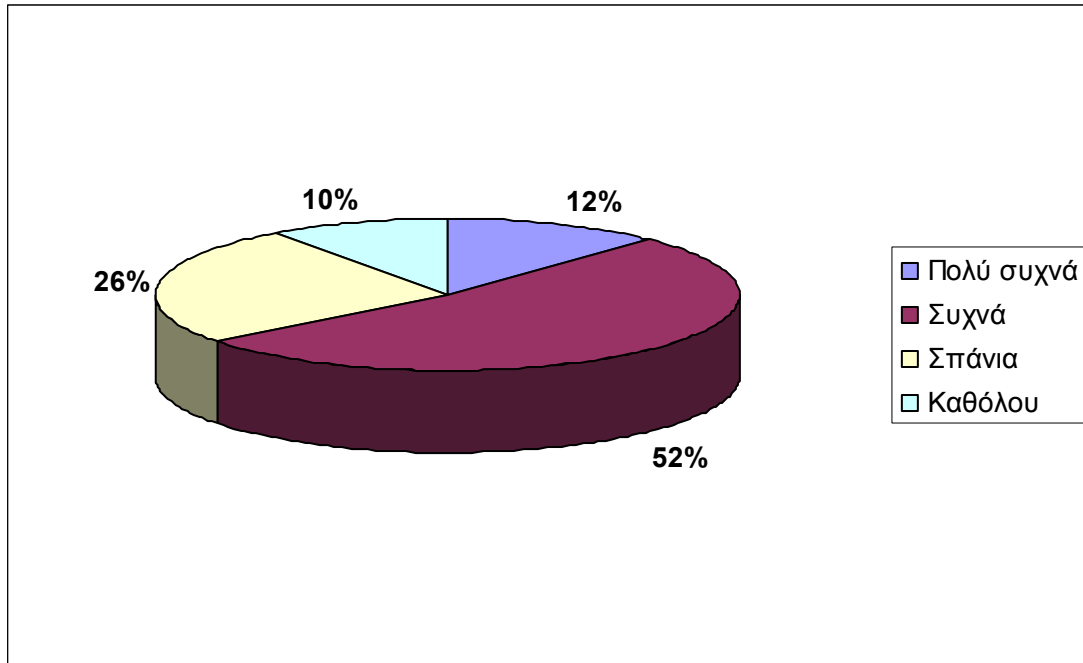
Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο;



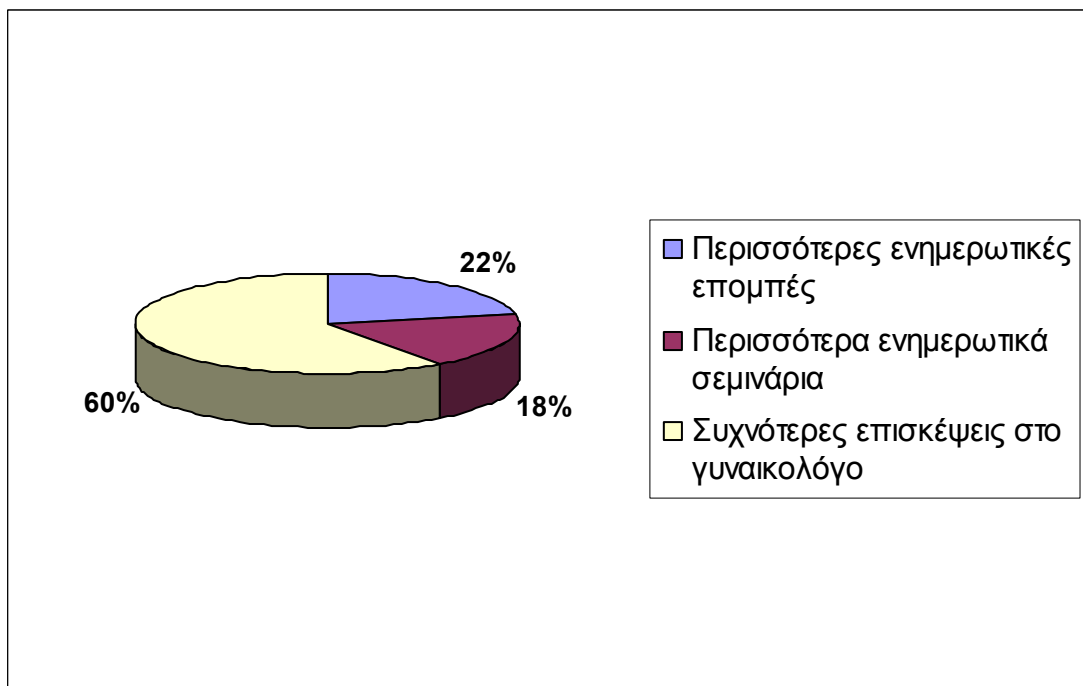
16) Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;



17) Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις:



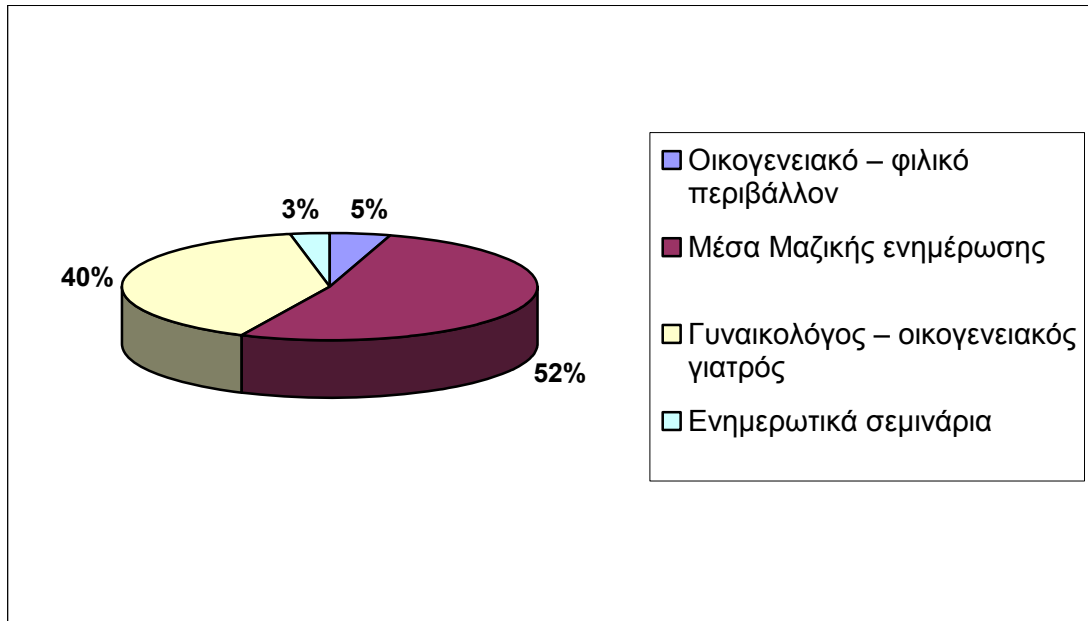
18) Ποια από τα παρακάτω μέτρα προτείνετε;



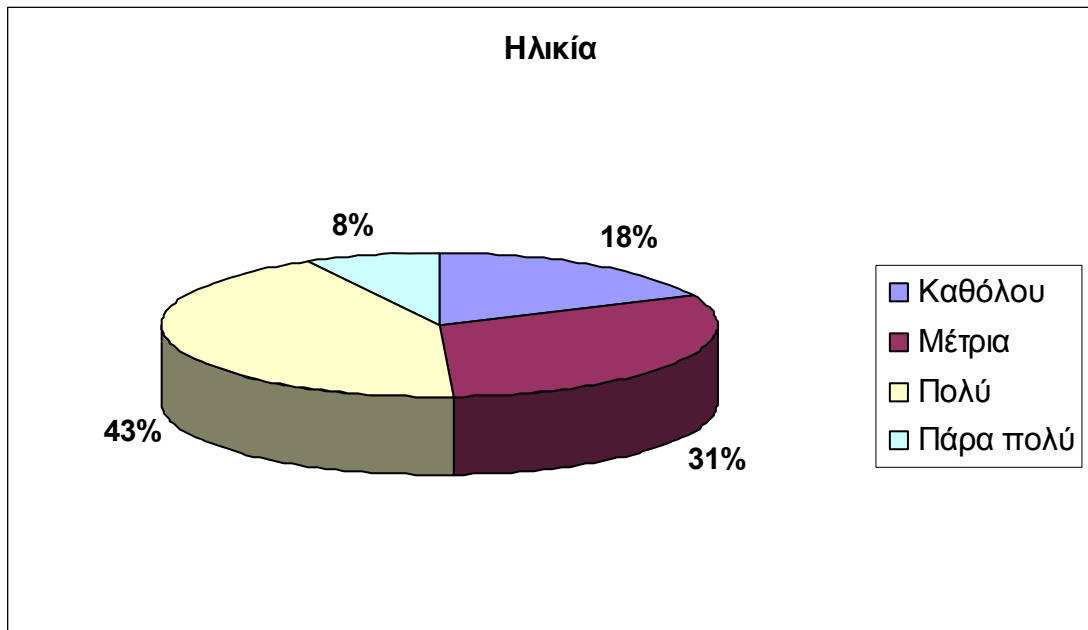
Αποτελέσματα γυναικών ηλικίας 36-60 με κληρονομικό ιστορικό (άτομα 65)

ΜΕΡΟΣ Β΄

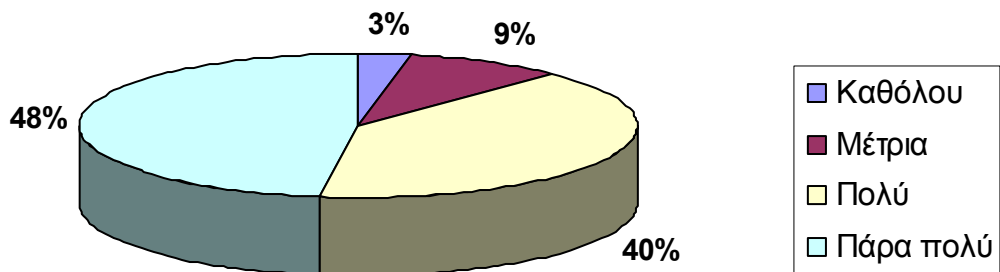
1) Ποιες από τις παρακάτω πηγές πιστεύετε ότι σας παρείχαν καλύτερη ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του μαστού;



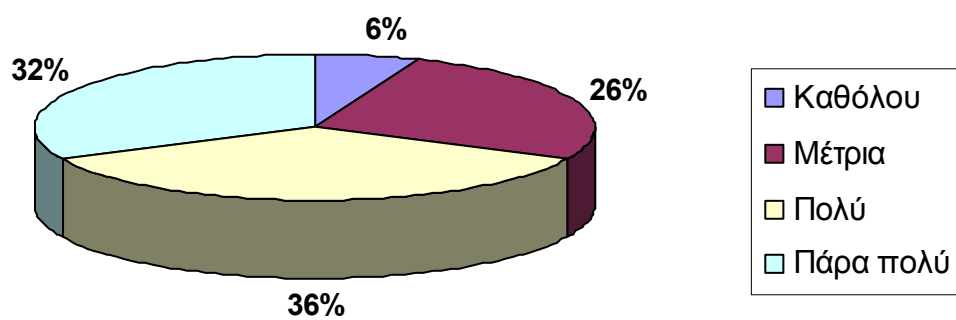
2) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού:



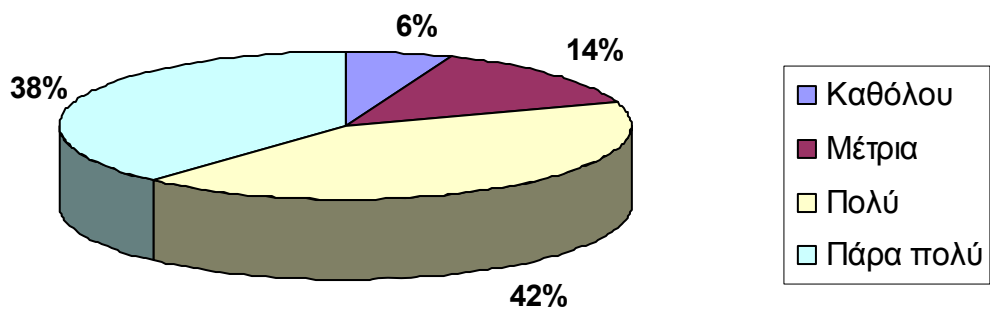
Κάπνισμα



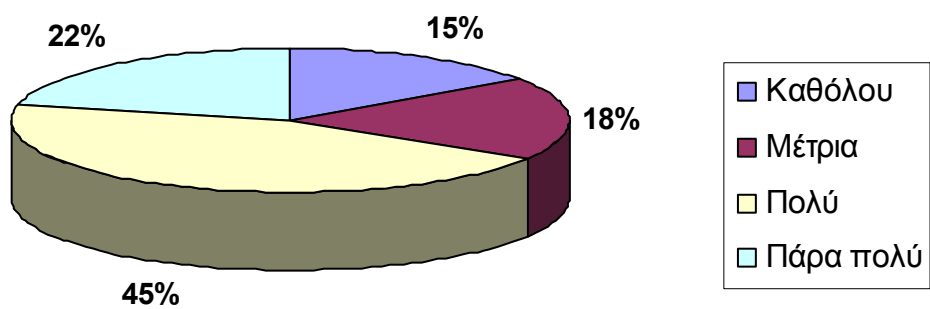
Άγχος



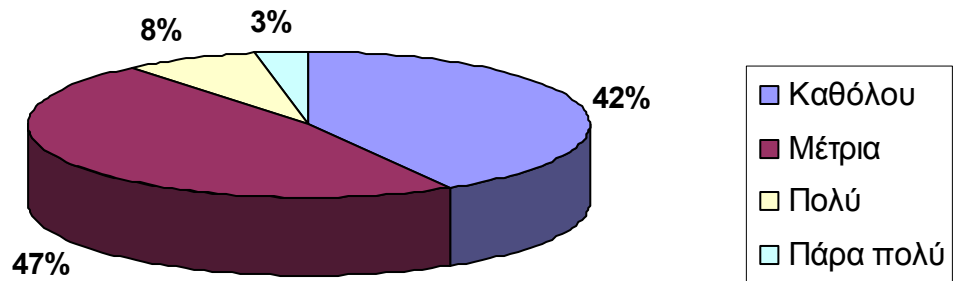
Αλκοόλ



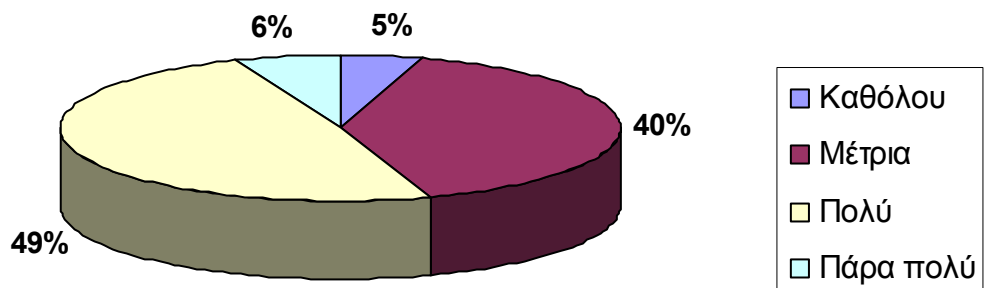
Διατροφή πλούσια σε λίπη



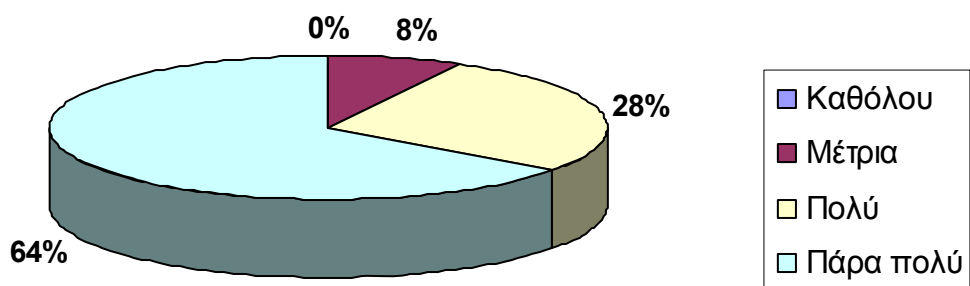
Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες



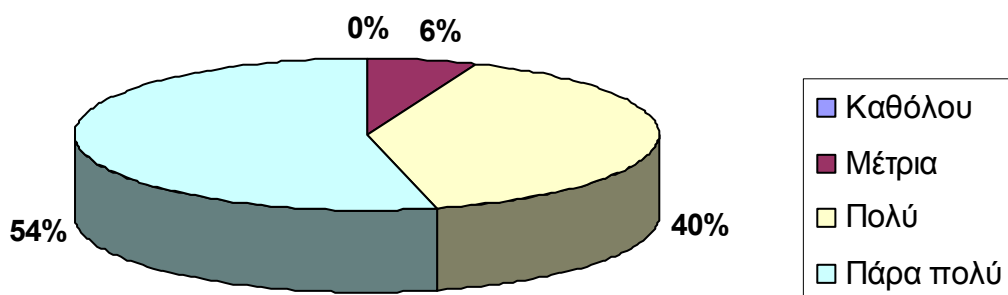
Αυξημένο σωματικό βάρος



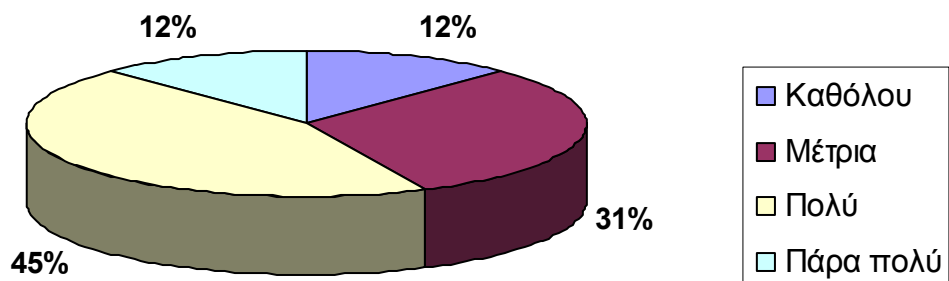
Ατομικό αναμνηστικό σε καρκίνο του μαστού



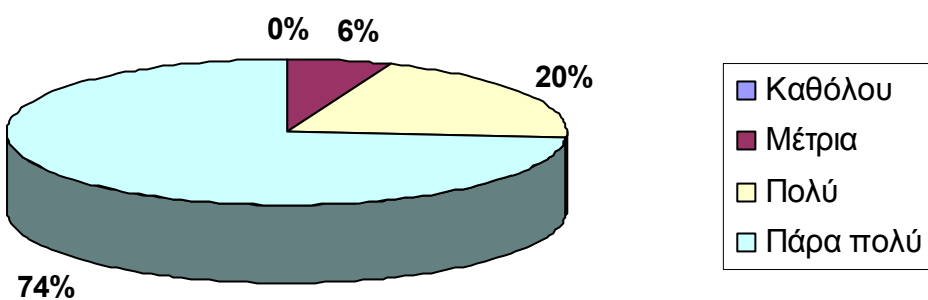
Κληρονομικότητα



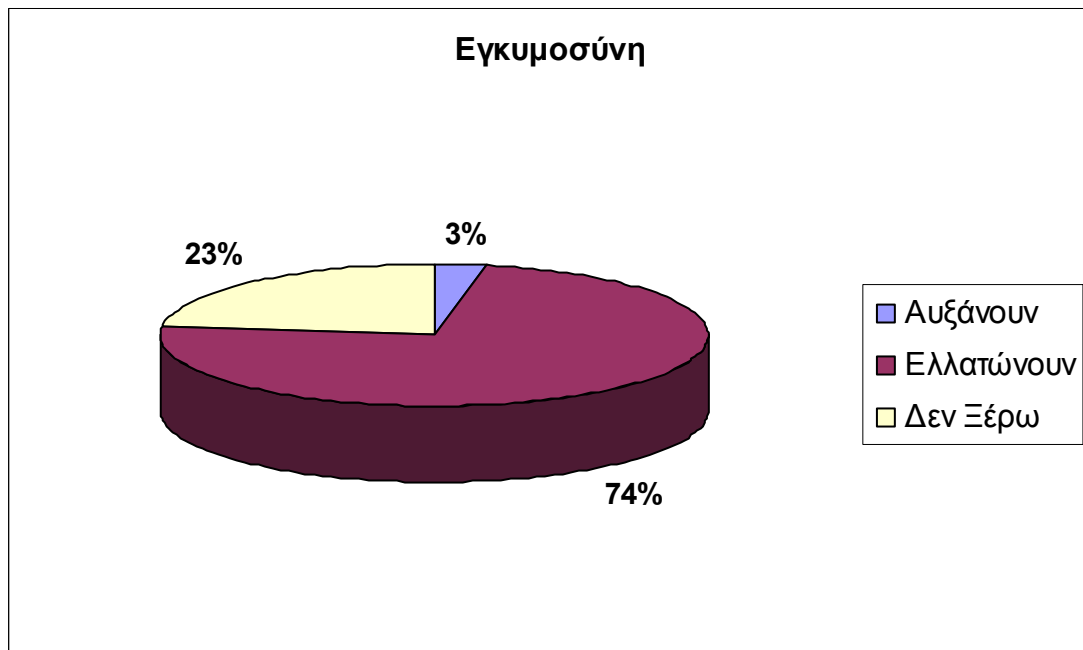
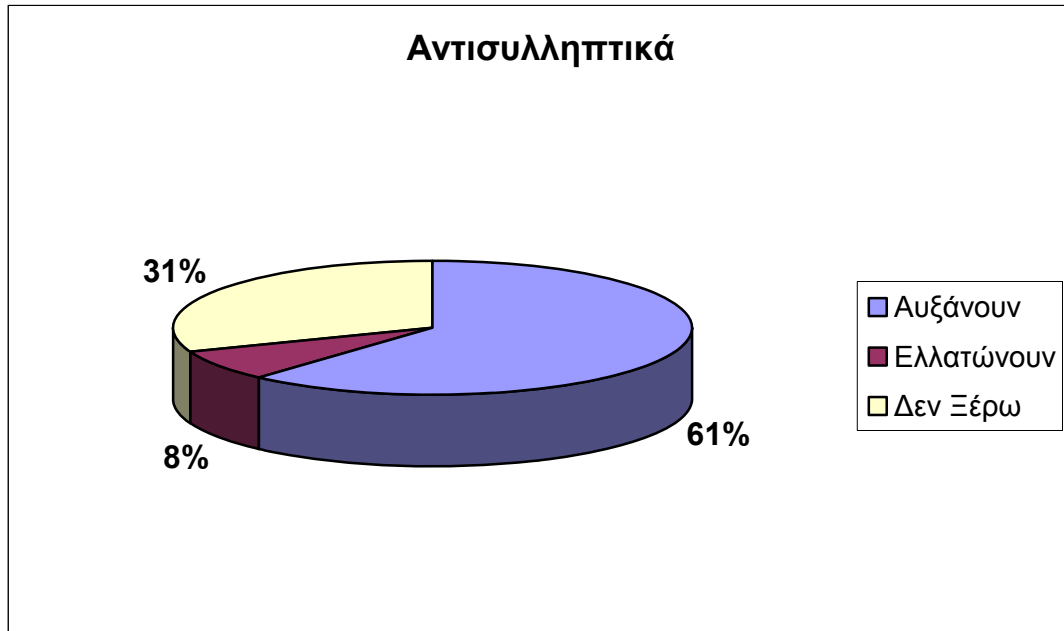
Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κλίμα κτλ)



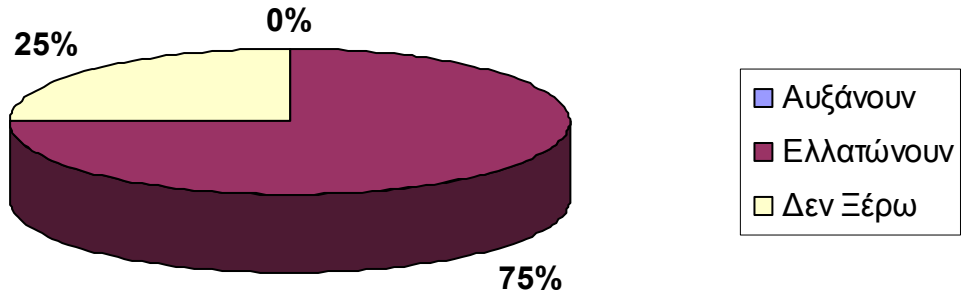
Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια



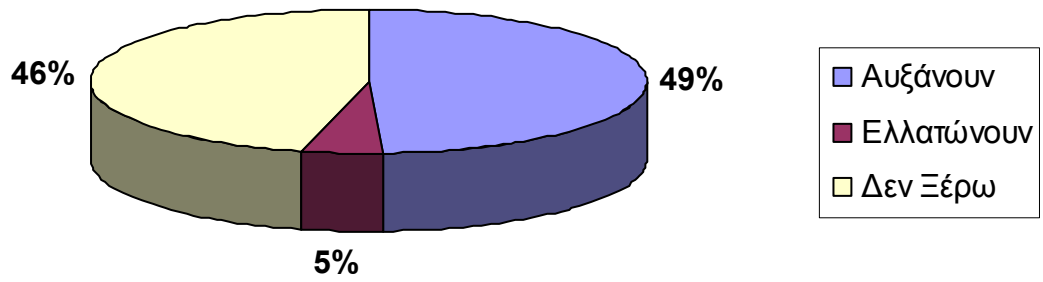
3) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) στους παρακάτω παράγοντες που πιστεύετε ότι αυξάνουν ή ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:



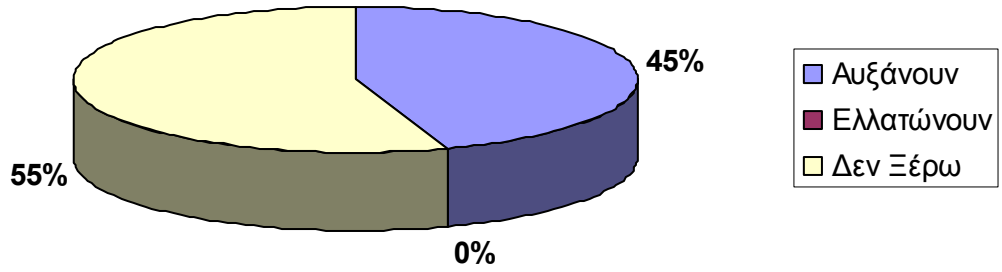
Θηλασμός



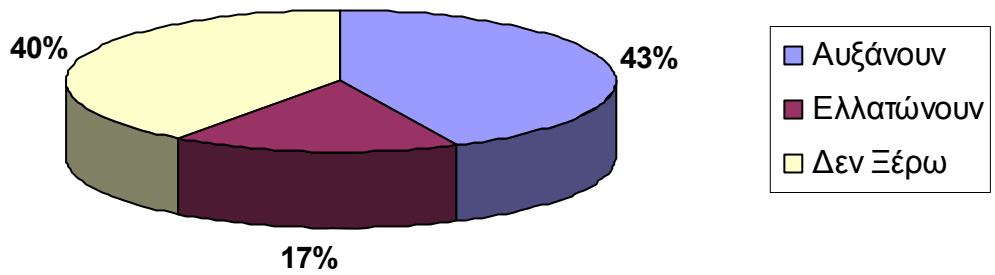
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης



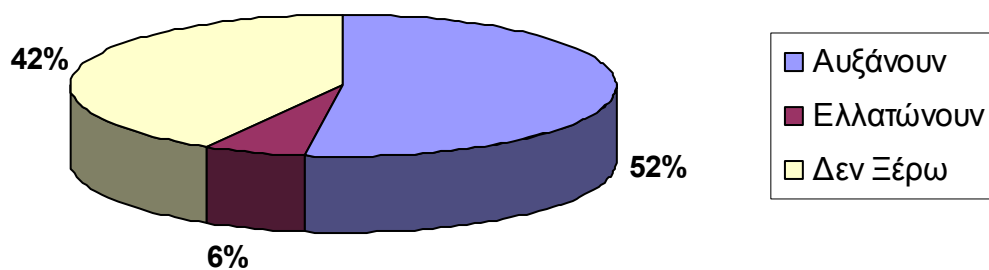
Πλαστική στήθους



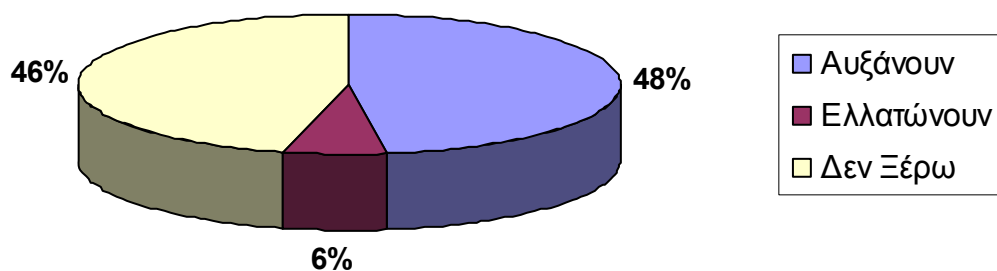
Ατεκνία



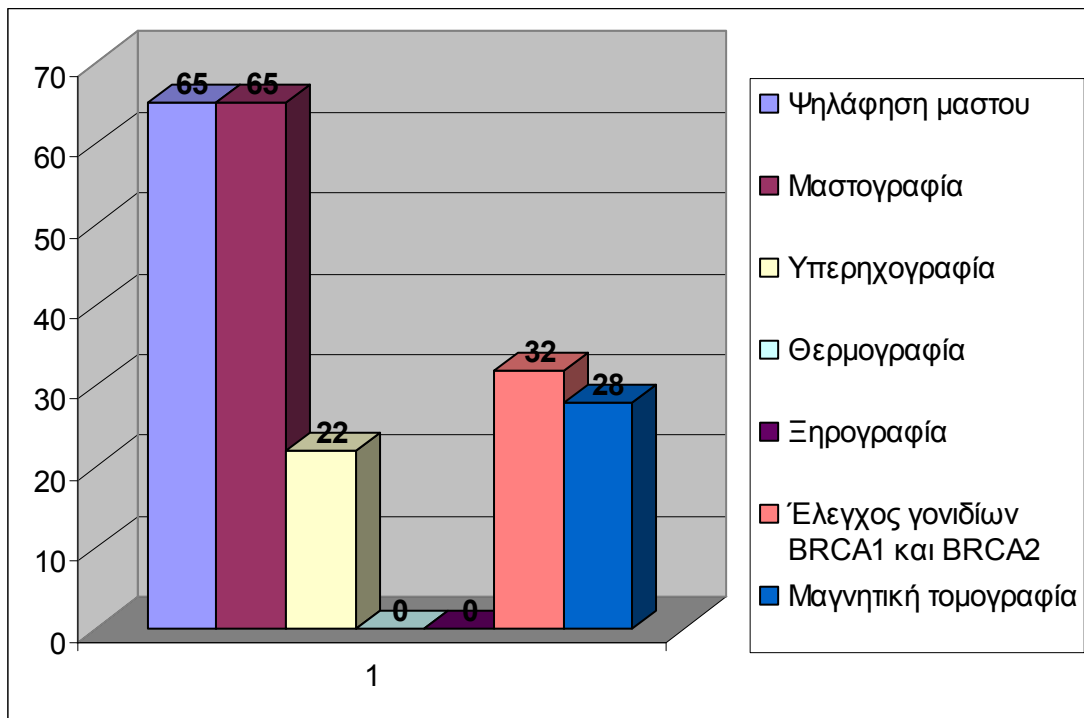
Καλοήθης πάθηση στο μαστό



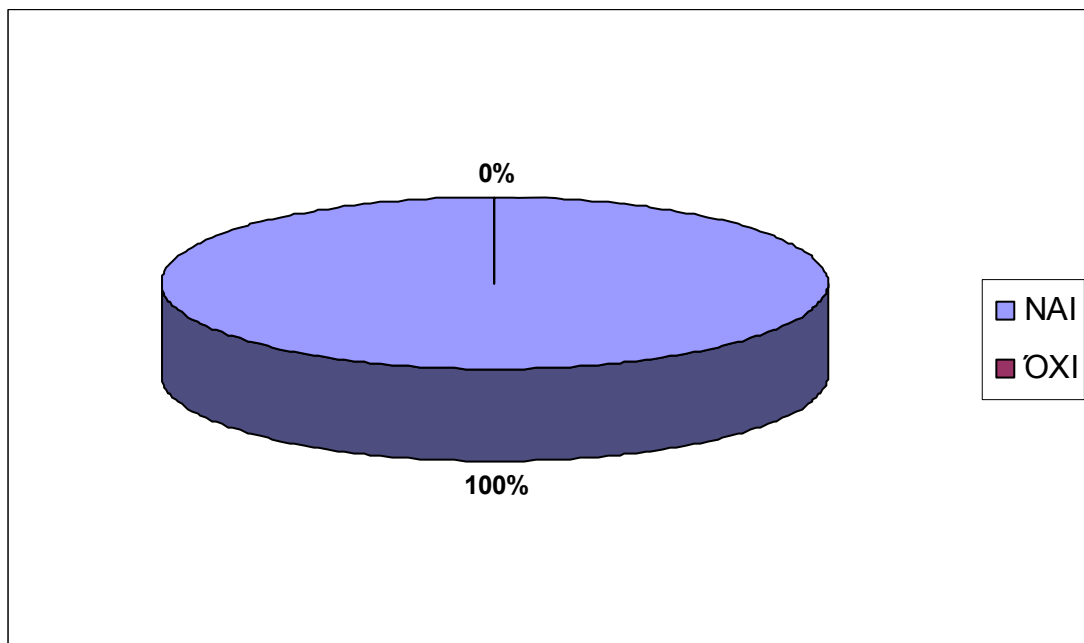
Πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση



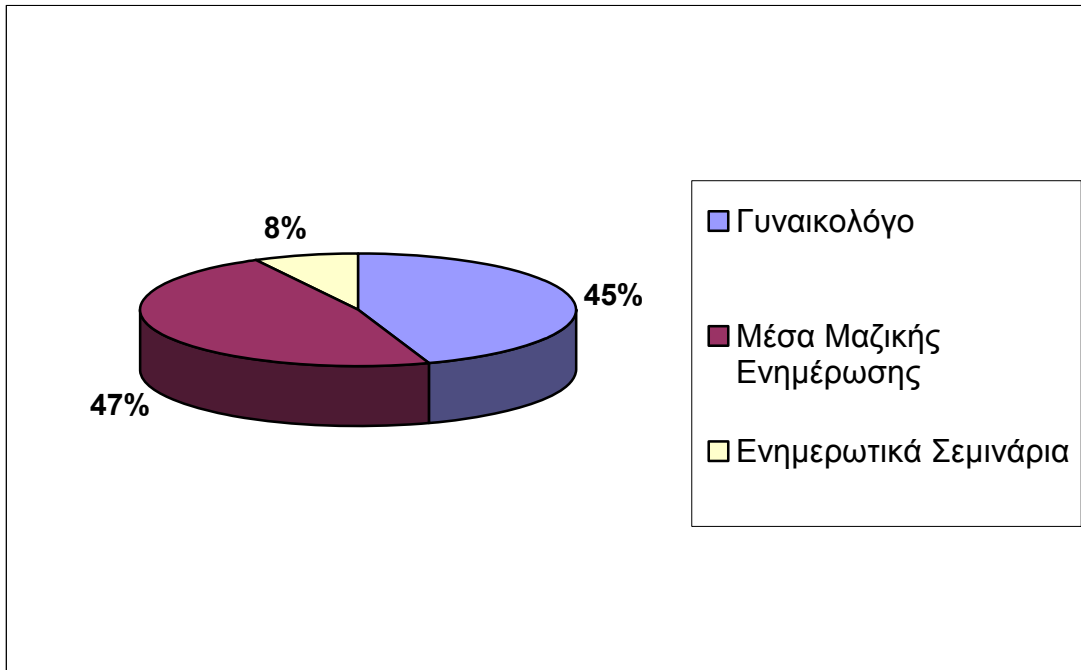
4) Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;



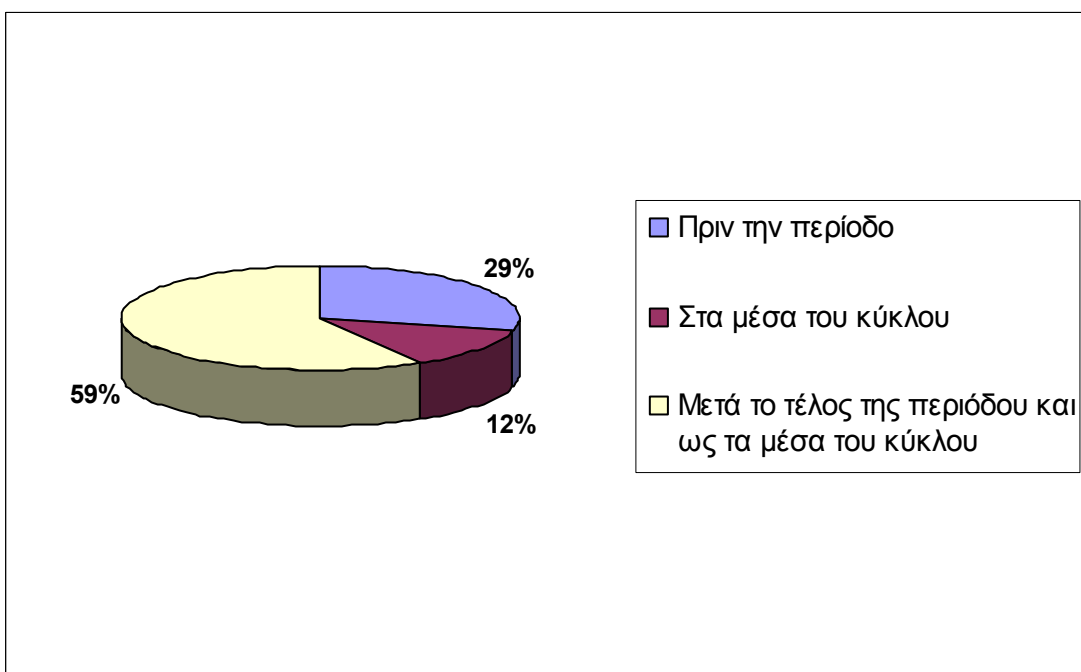
5) Γνωρίζετε τον τρόπο που γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;



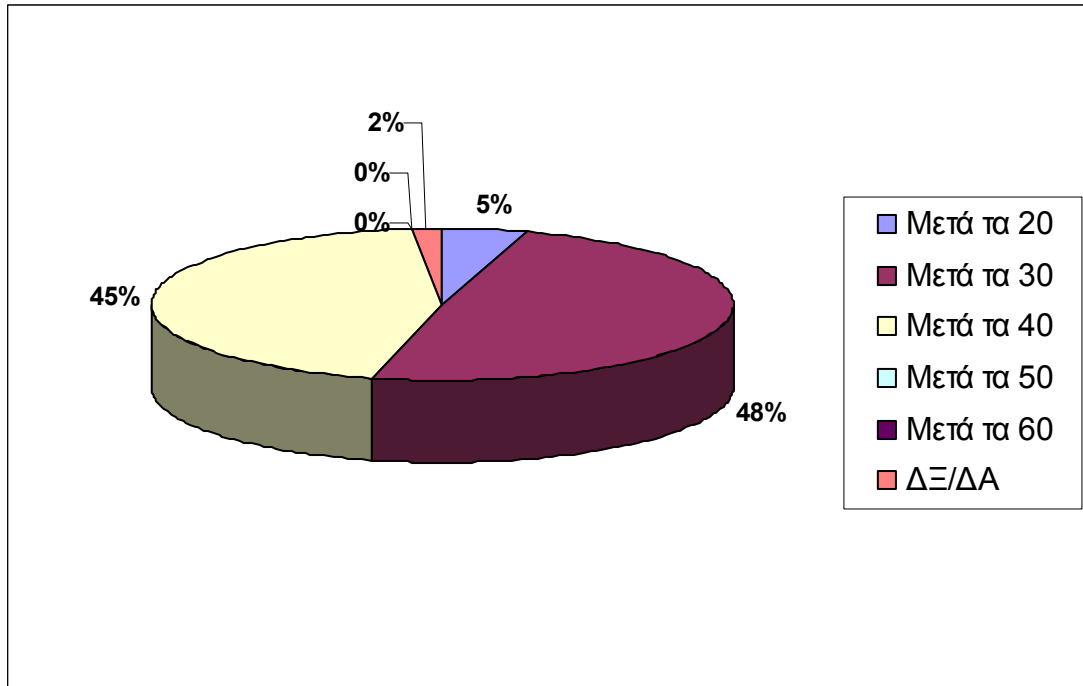
Αν ναι, από πού:



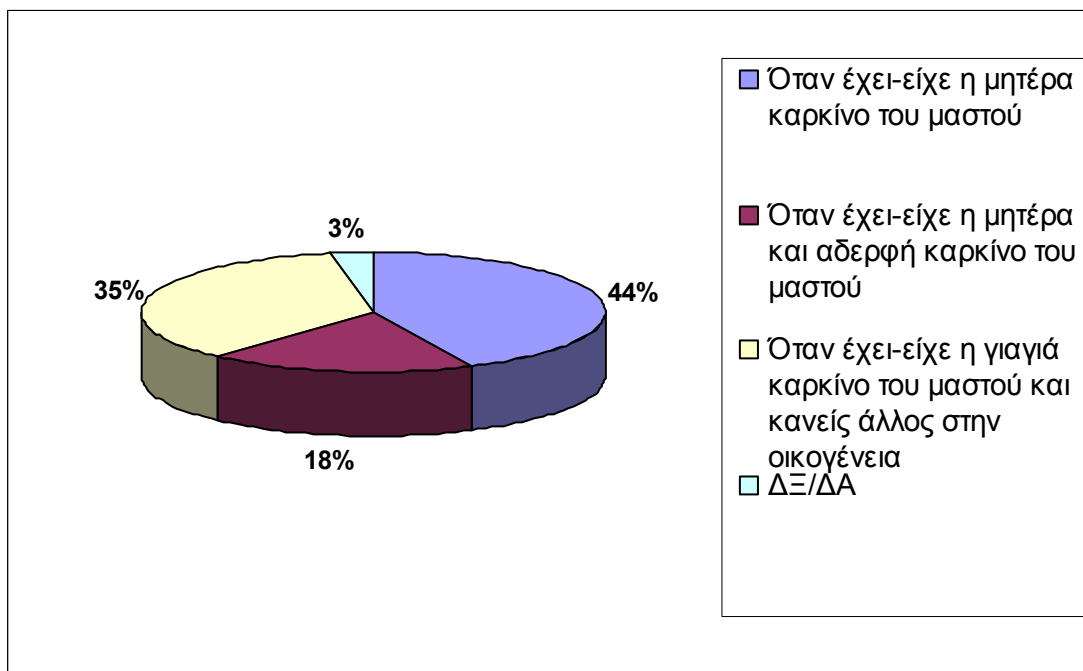
6) Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;



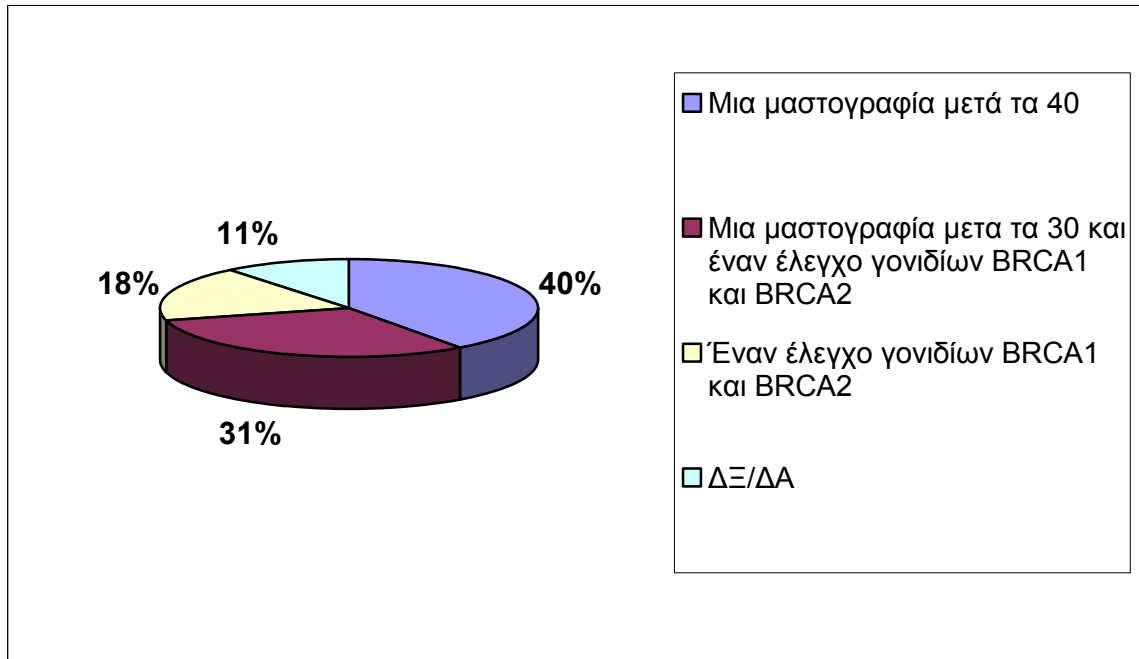
7) Μια γυναίκα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό σε ποία από τις παρακάτω ηλικίες πιστεύεται ότι πρέπει να κάνει την πρώτη μαστογραφία ;



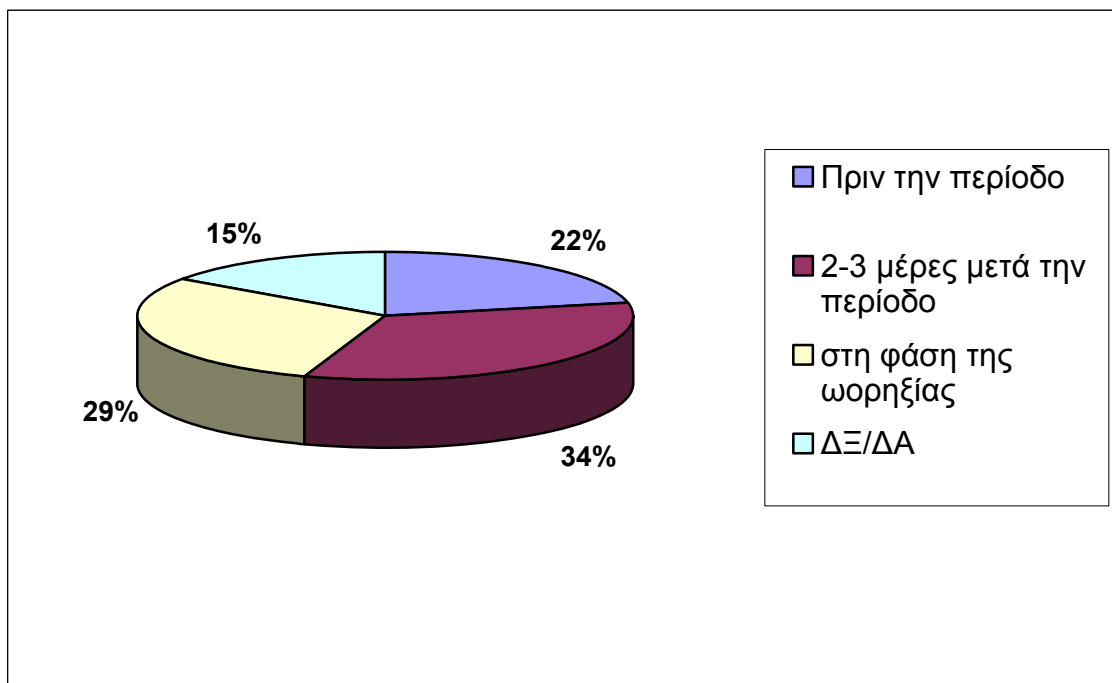
8) Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;



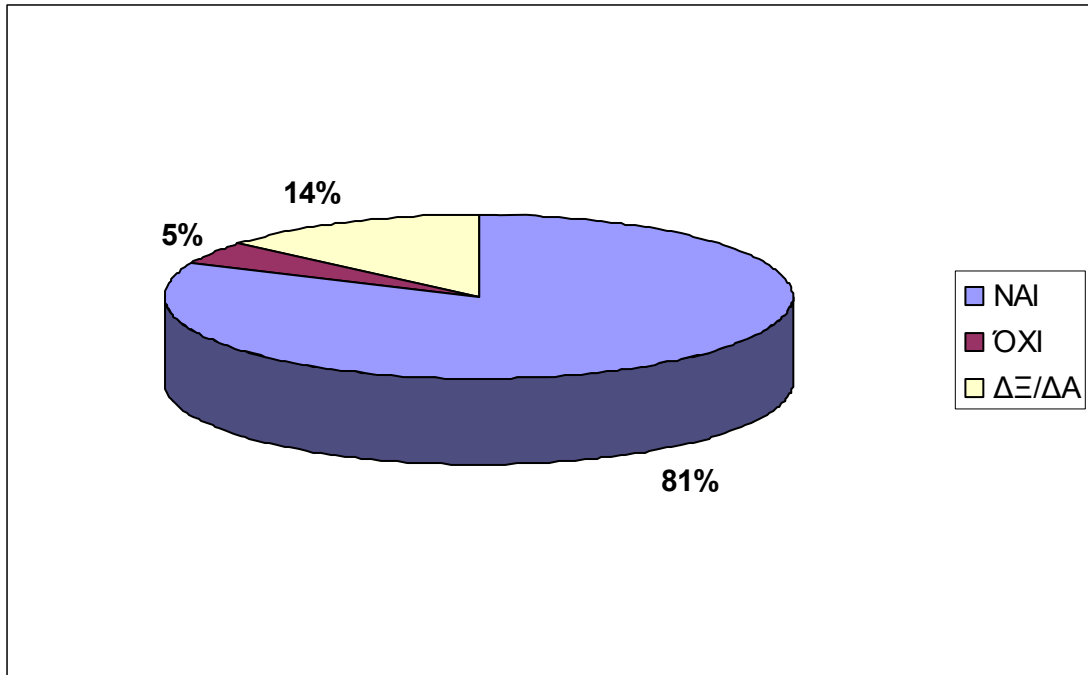
9) Μια γυναίκα με κληρονομικό οικογενειακό ιστορικό πρέπει να κάνει:



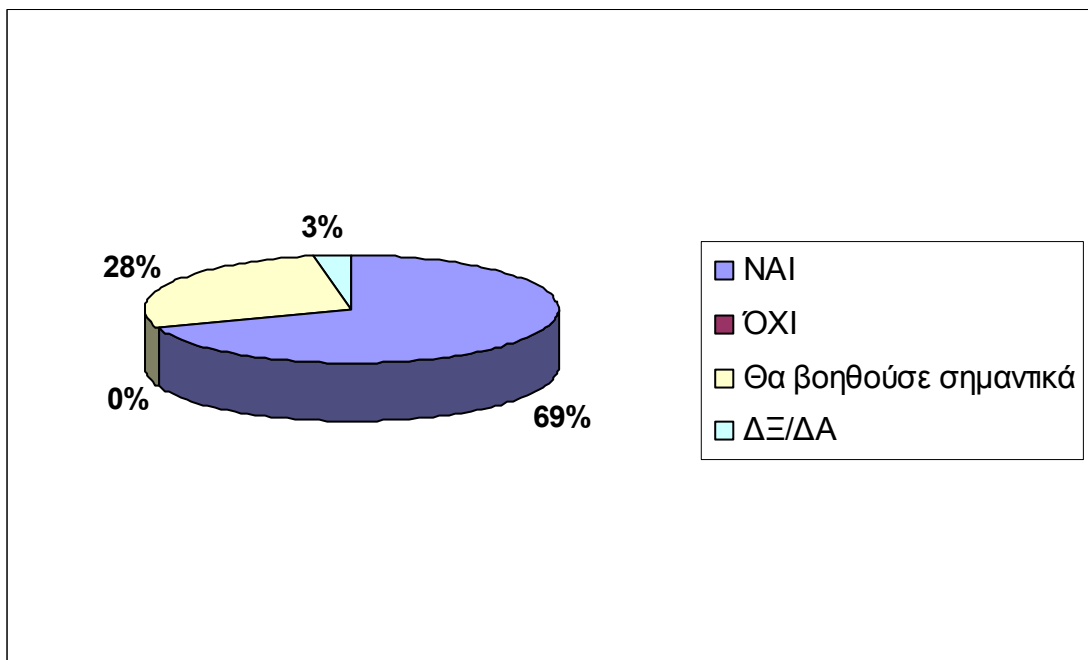
10) Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;



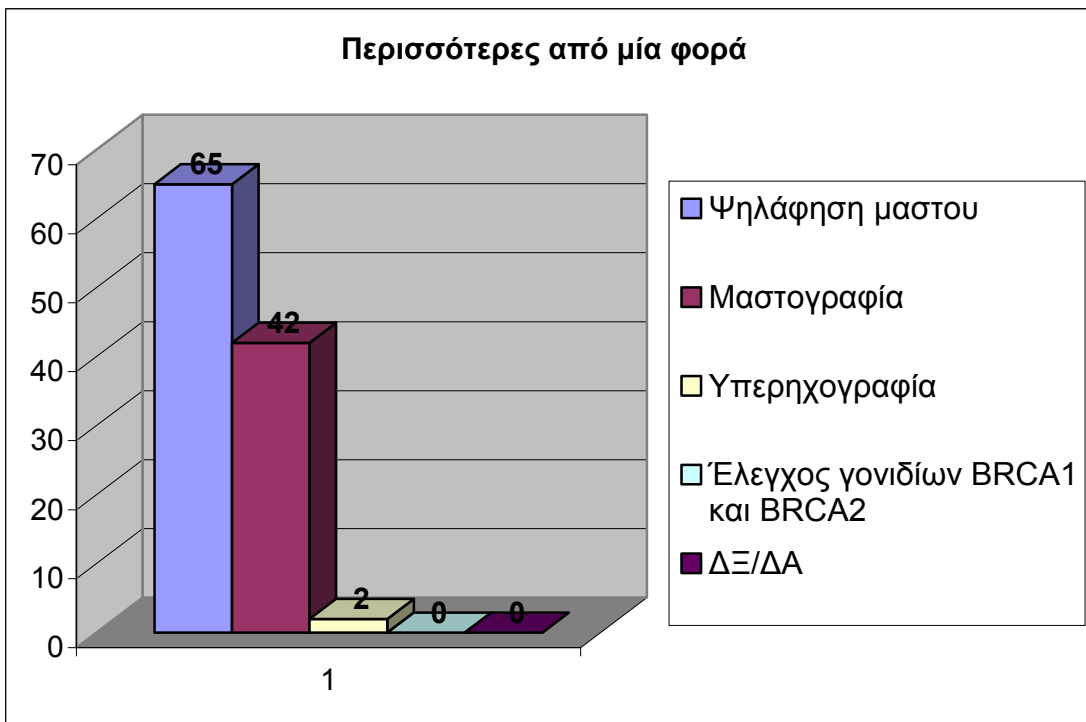
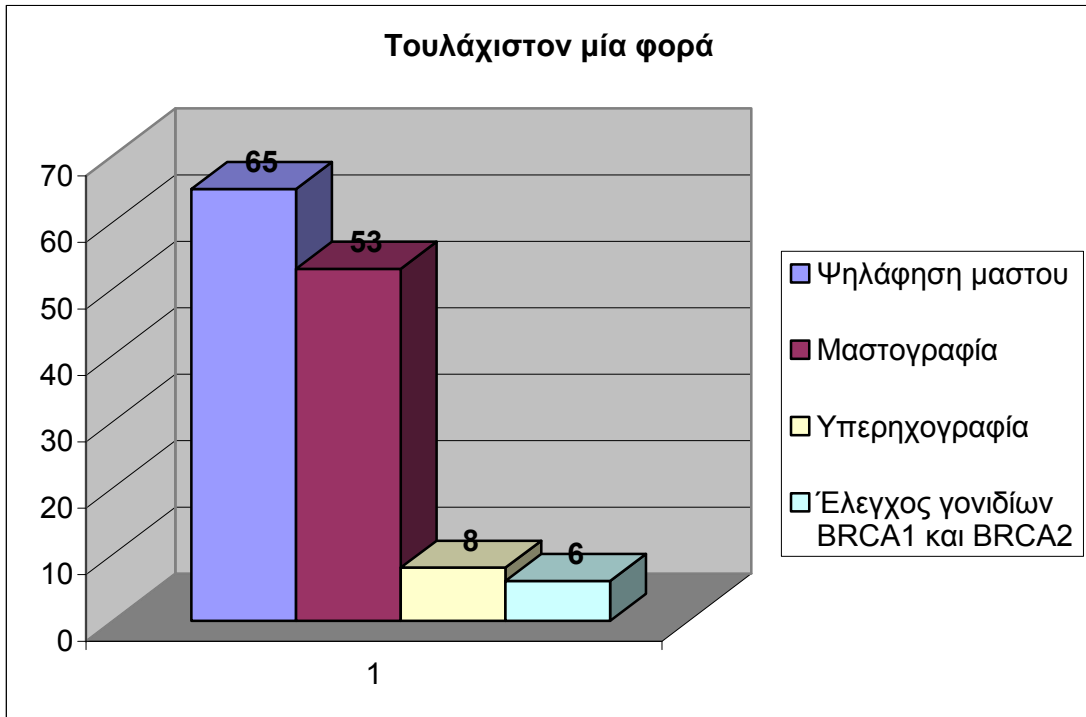
11) Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;



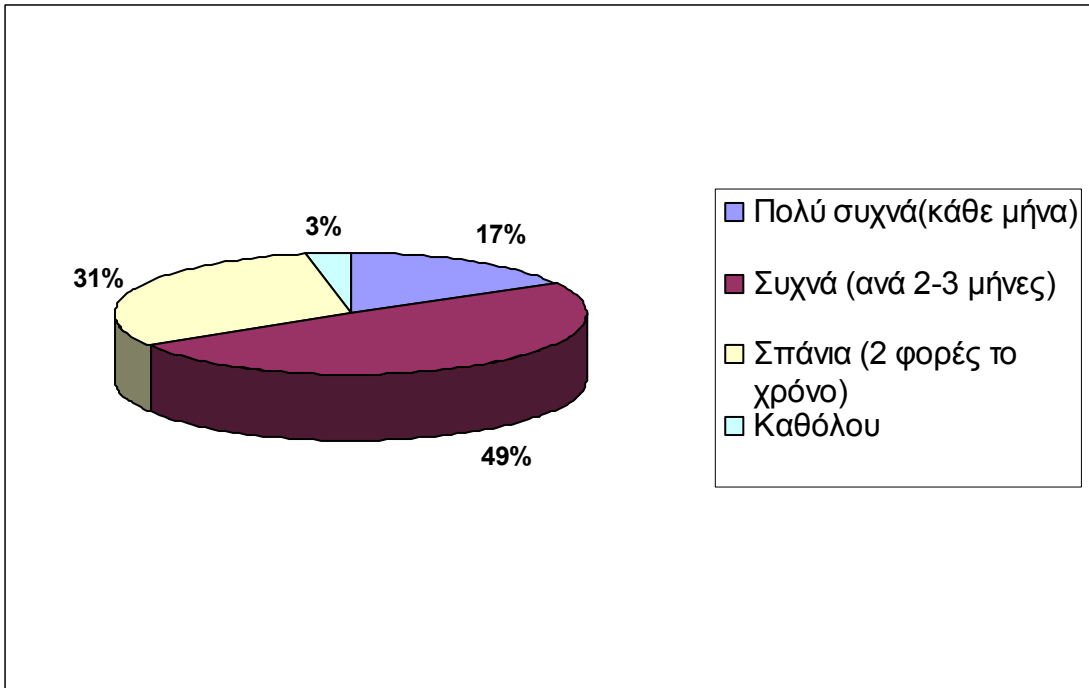
12) Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;



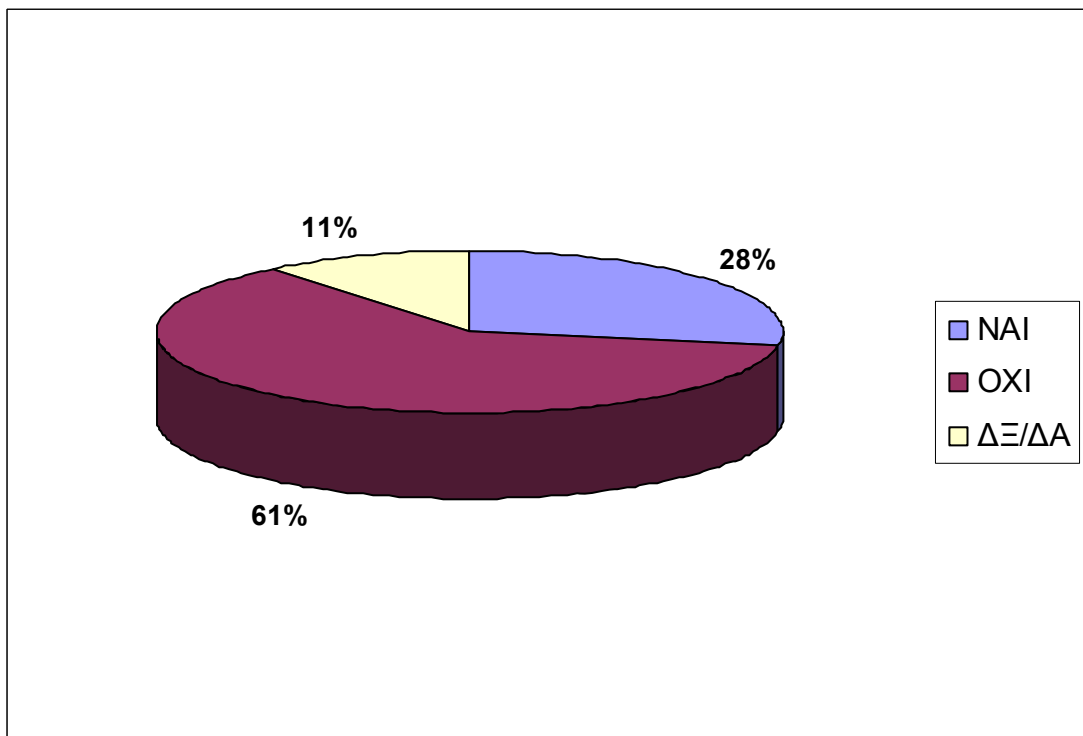
13) Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;



14) Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστού;



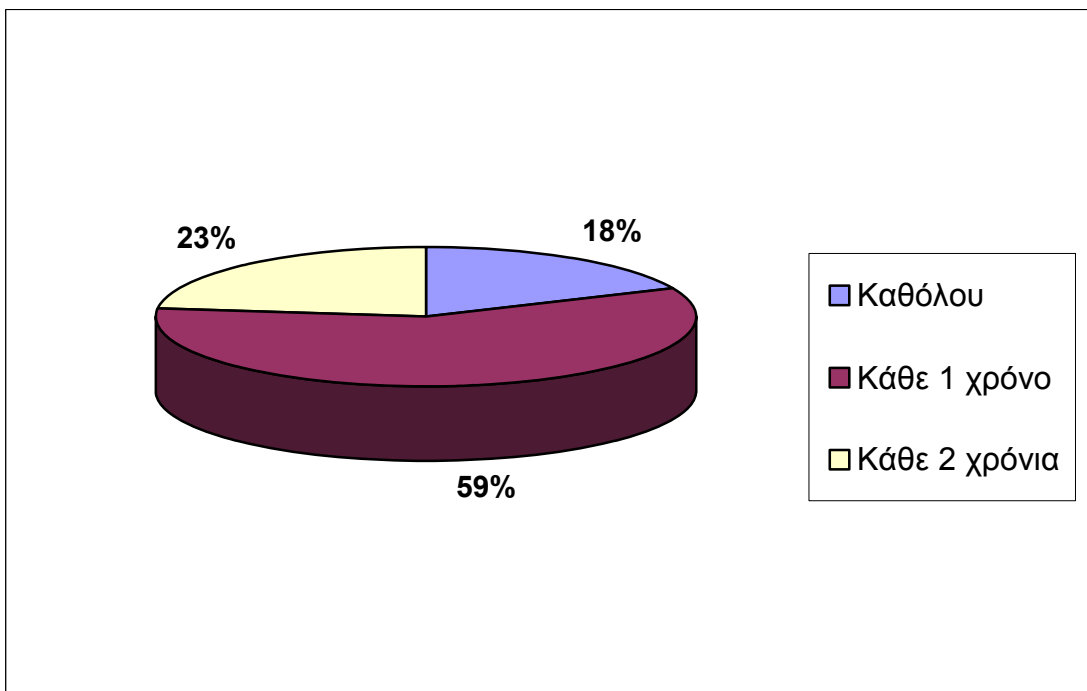
15) Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι ύποπτο στο στήθος σας;



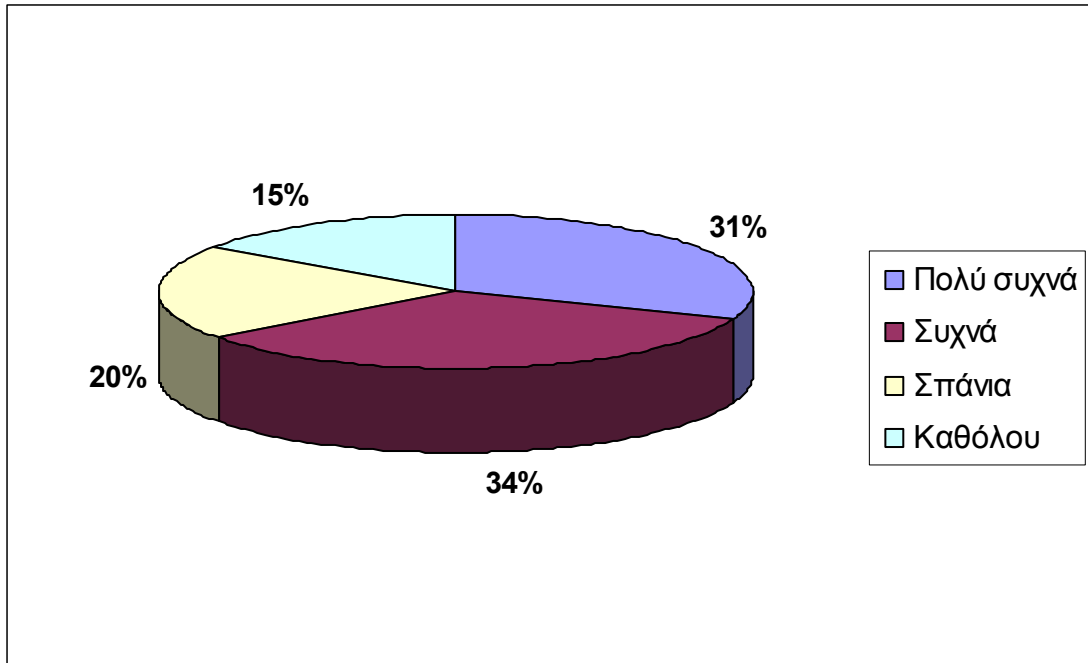
Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο;



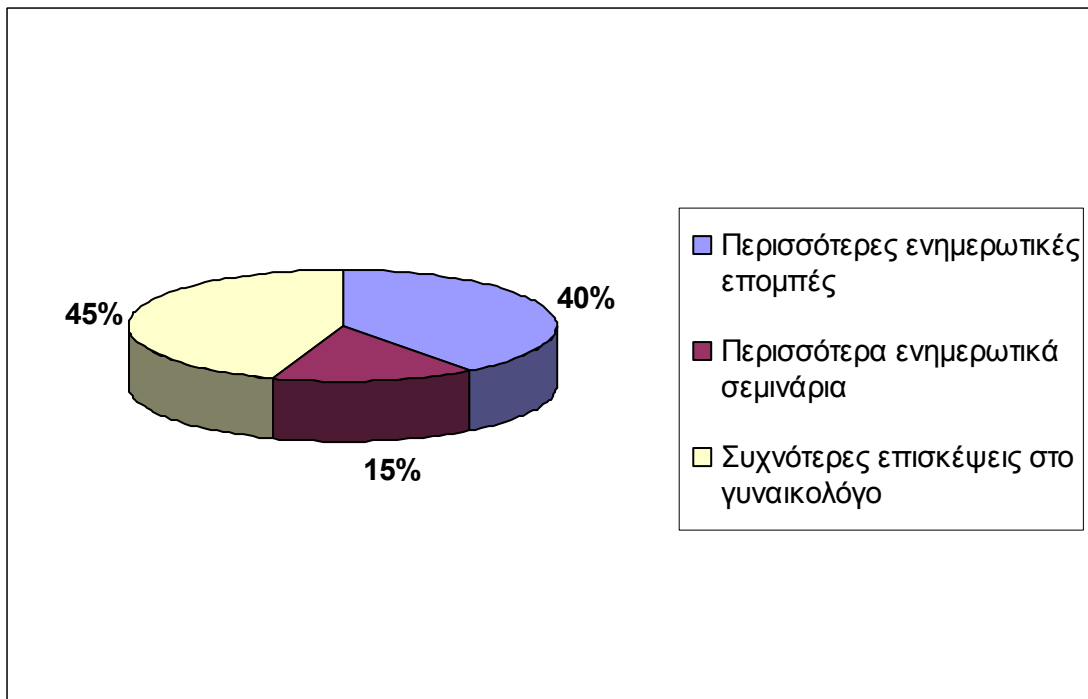
16) Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;



17) Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις:

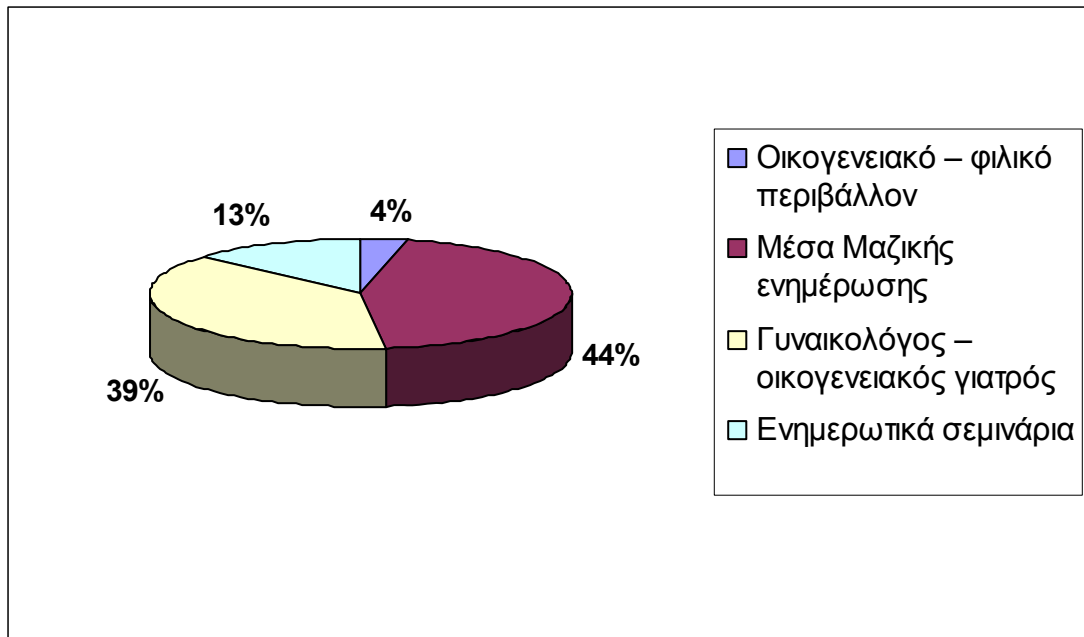


18) Ποια από τα παρακάτω μέτρα προτείνετε;

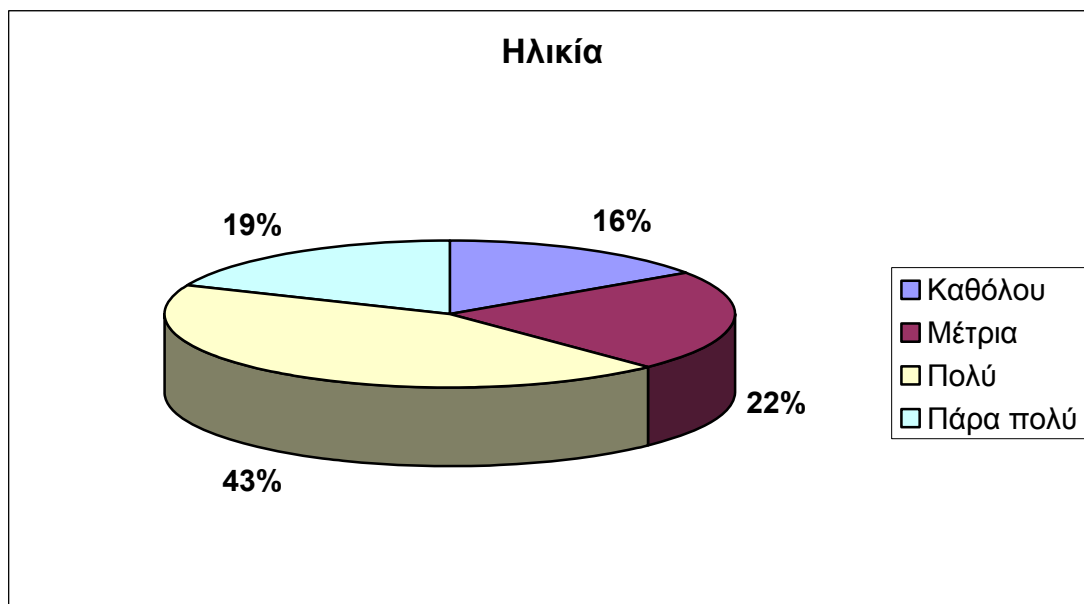


Αποτελέσματα γυναικών ηλικίας 36-60 χωρίς κληρονομικό ιστορικό (άτομα 135)

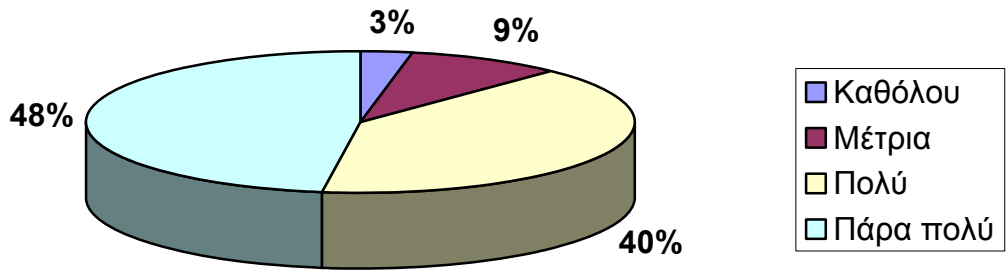
1) Ποιες από τις παρακάτω πηγές πιστεύετε ότι σας παρείχαν καλύτερη ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του μαστού;



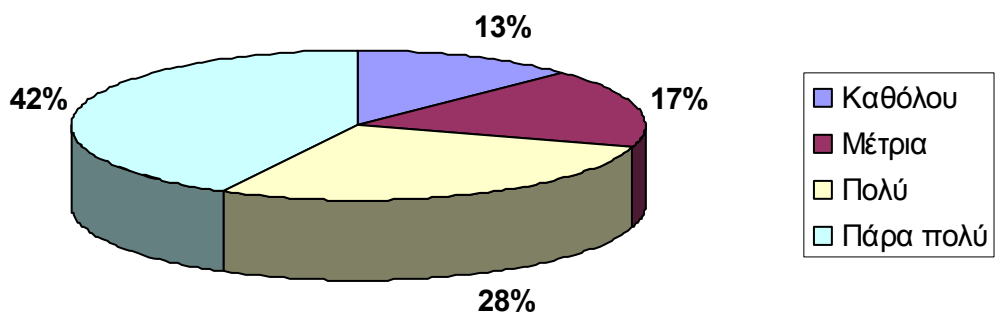
2) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) με βάση το πόσο πιστεύετε ότι επηρεάζει ο κάθε παράγοντας την εμφάνιση καρκίνου του μαστού:



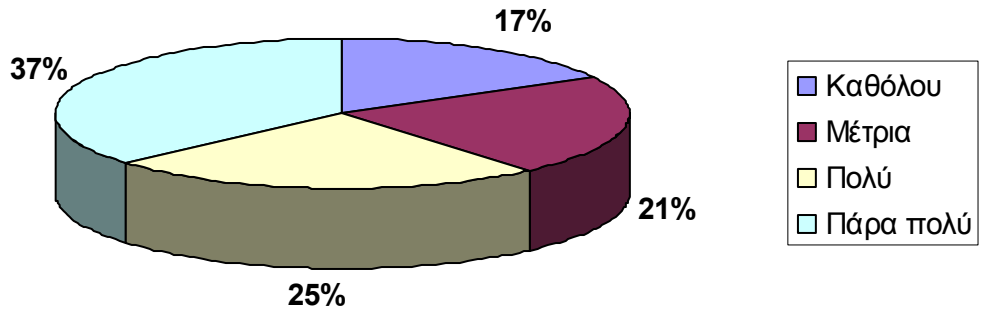
Κάπνισμα



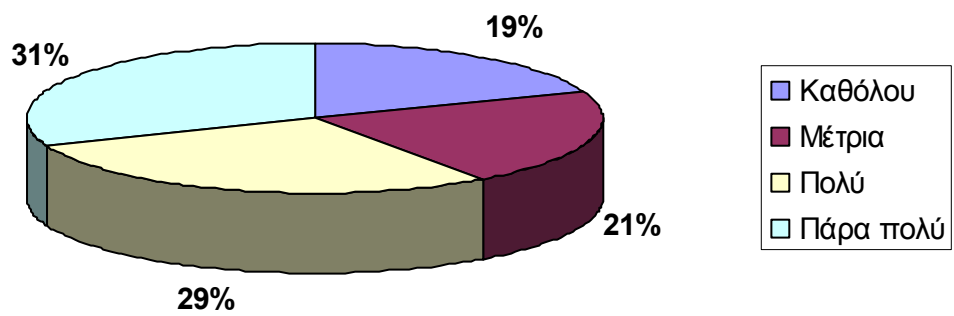
Άγχος



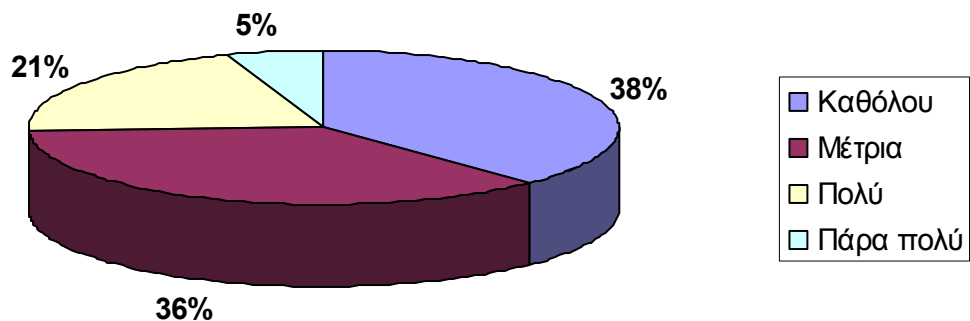
Αλκοόλ



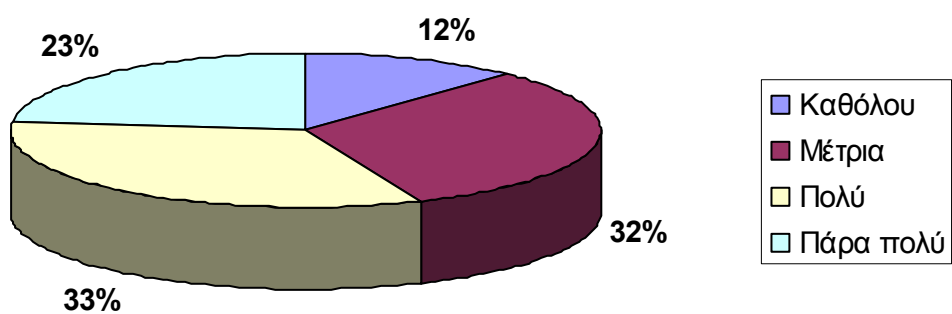
Διατροφή πλούσια σε λίπη



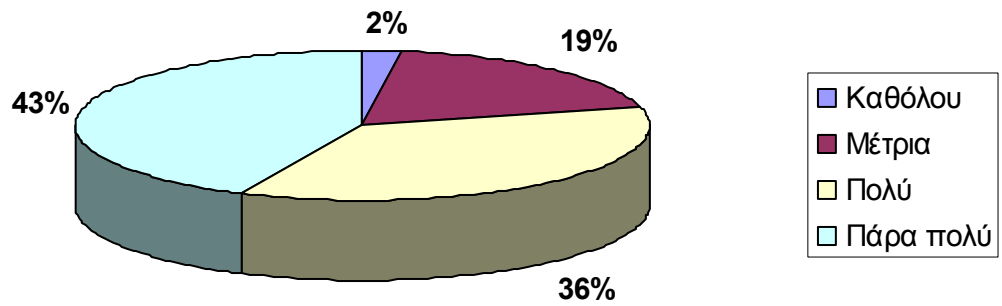
Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες



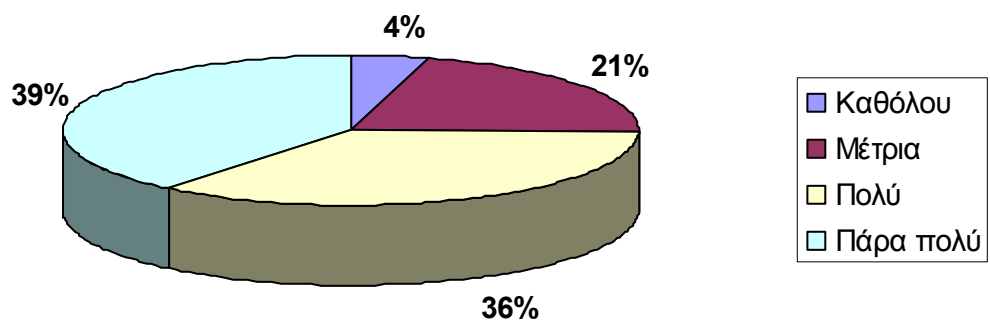
Αυξημένο σωματικό βάρος



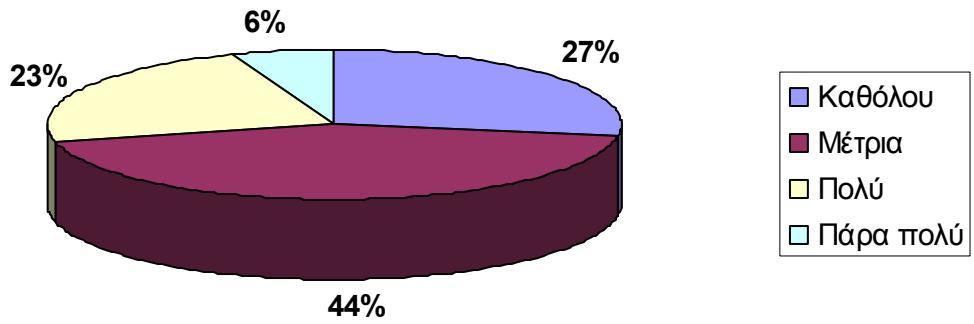
Ατομικό αναμνηστικό σε καρκίνο του μαστού



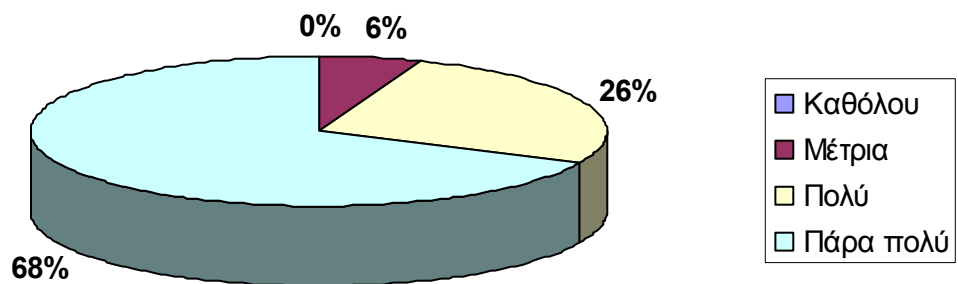
Κληρονομικότητα



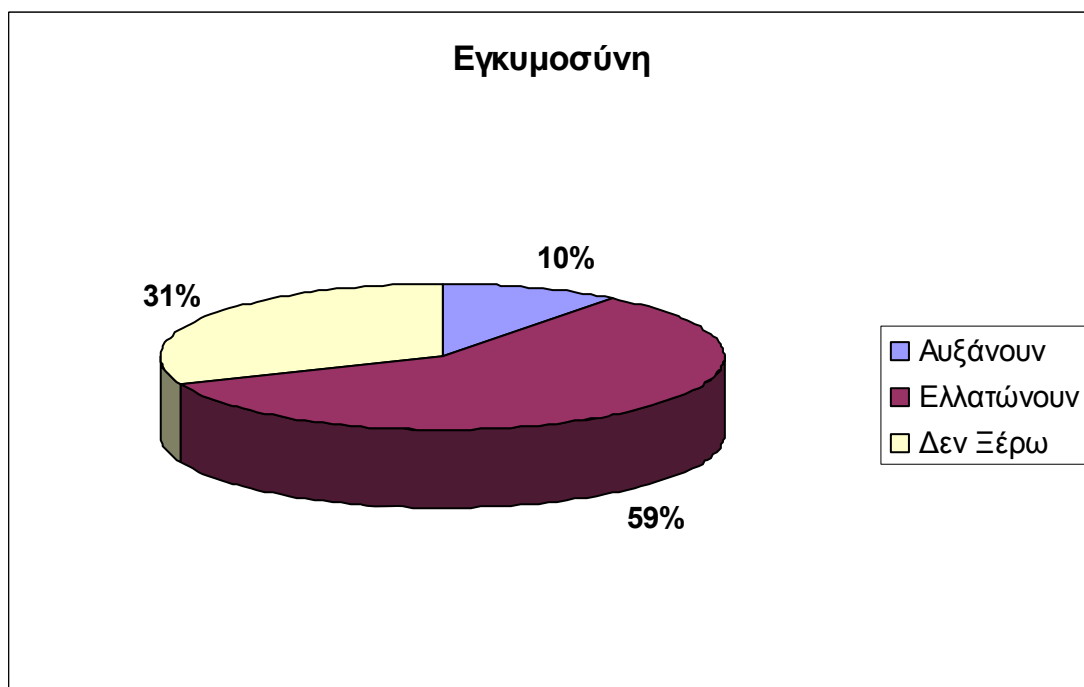
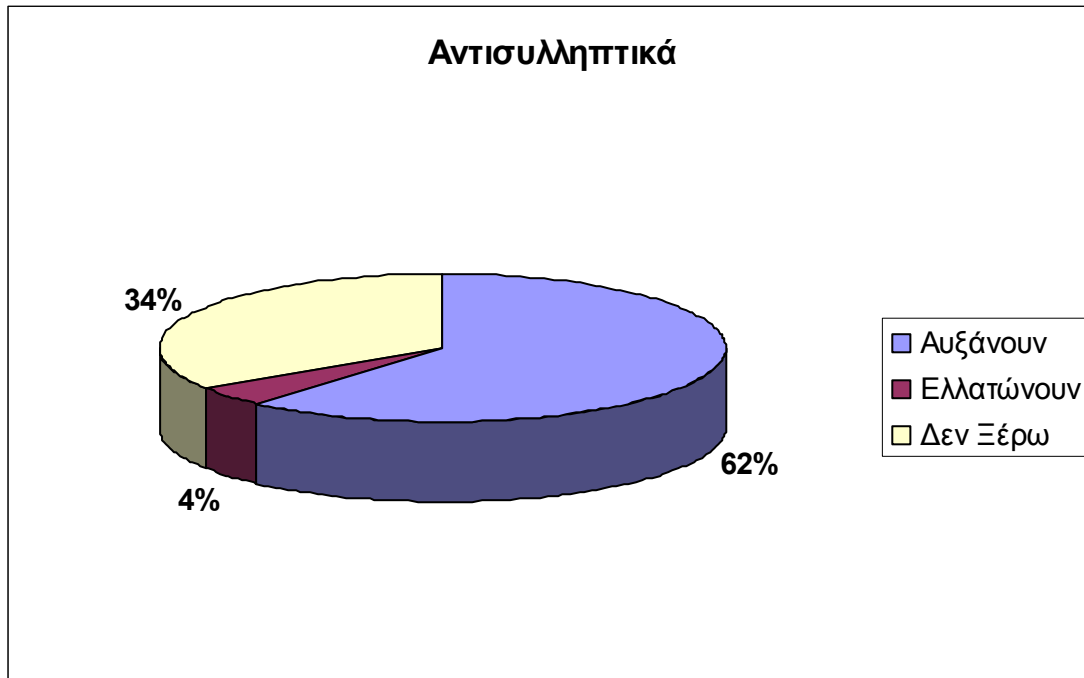
Περιβαλλοντικοί παράγοντες (κλίμα κτλ)



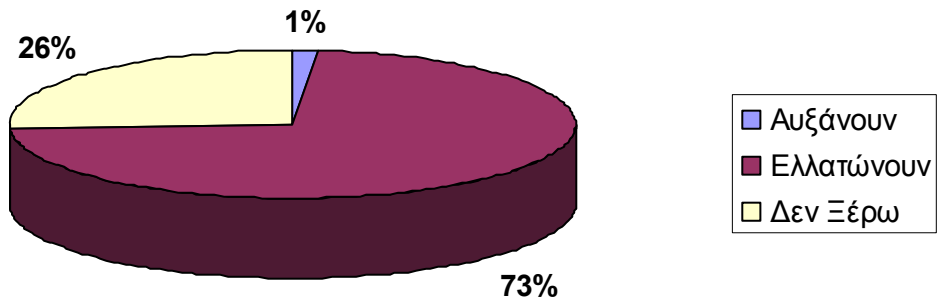
Ακτινοβολία/Ραδιενέργεια



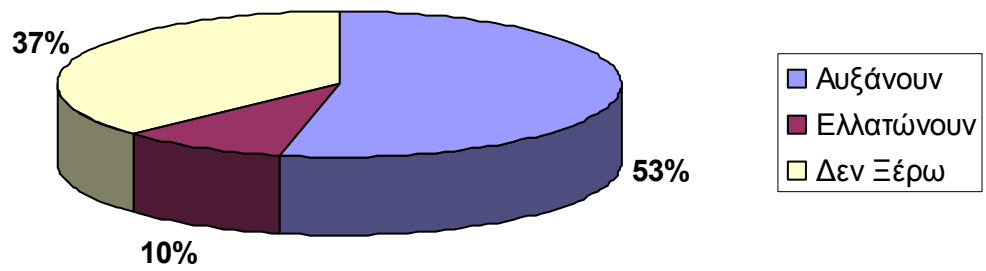
3) Συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα βάζοντας (✓) στους παρακάτω παράγοντες που πιστεύετε ότι αυξάνουν ή ελαττώνουν την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού:



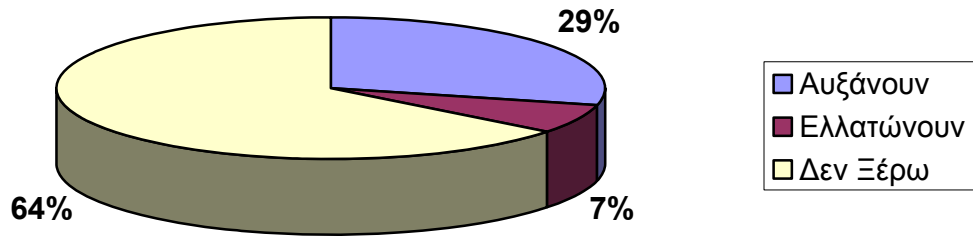
Θηλασμός



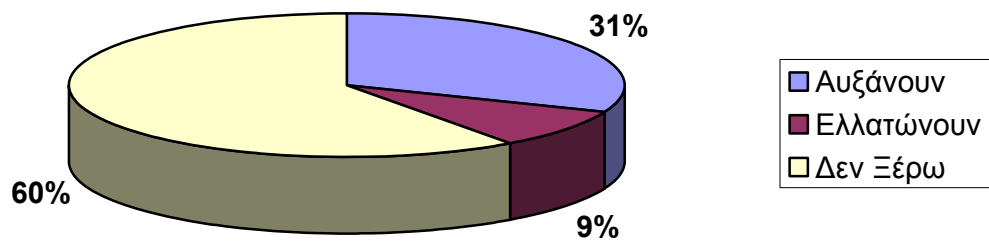
Θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης



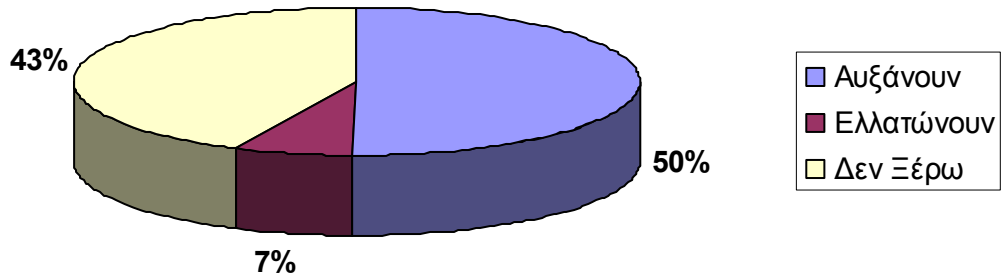
Πλαστική στήθους



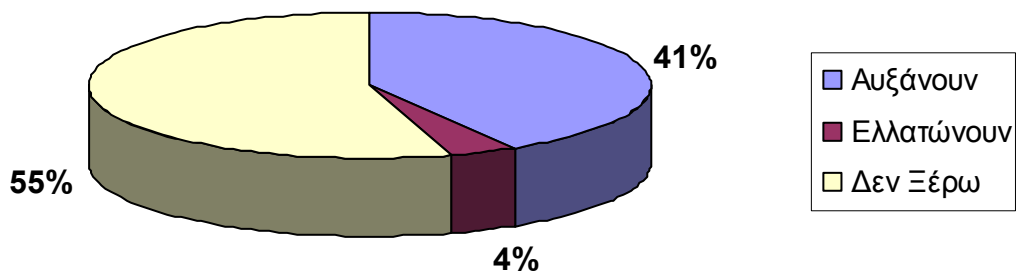
Ατεκνία



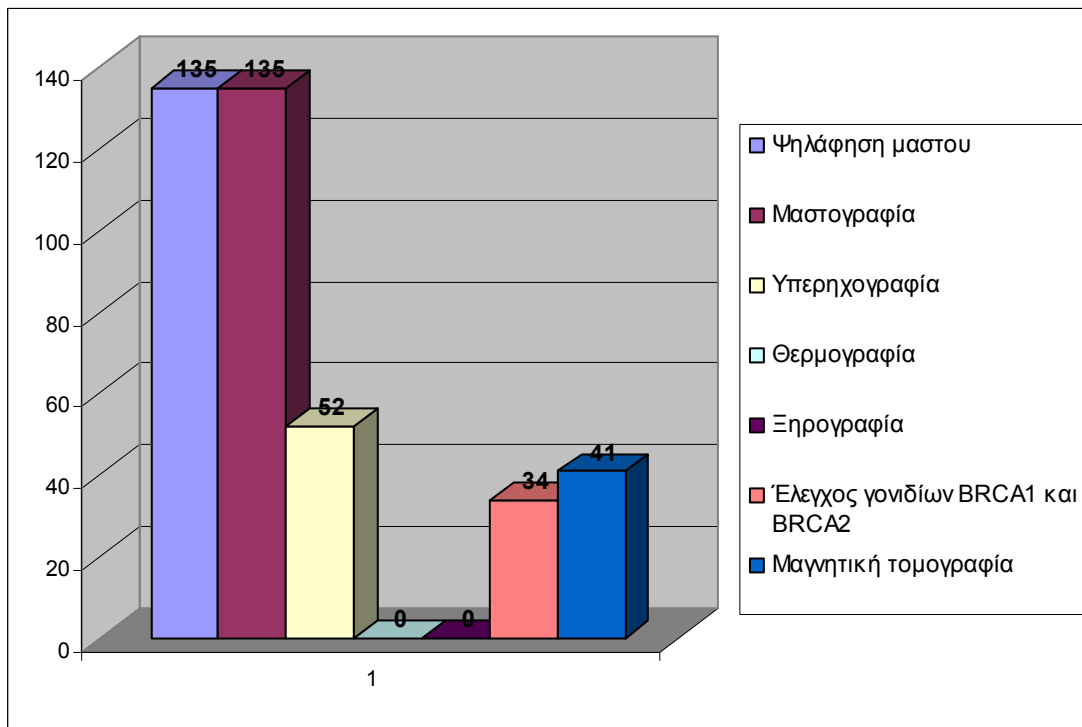
Καλοήθης πάθηση στο μαστό



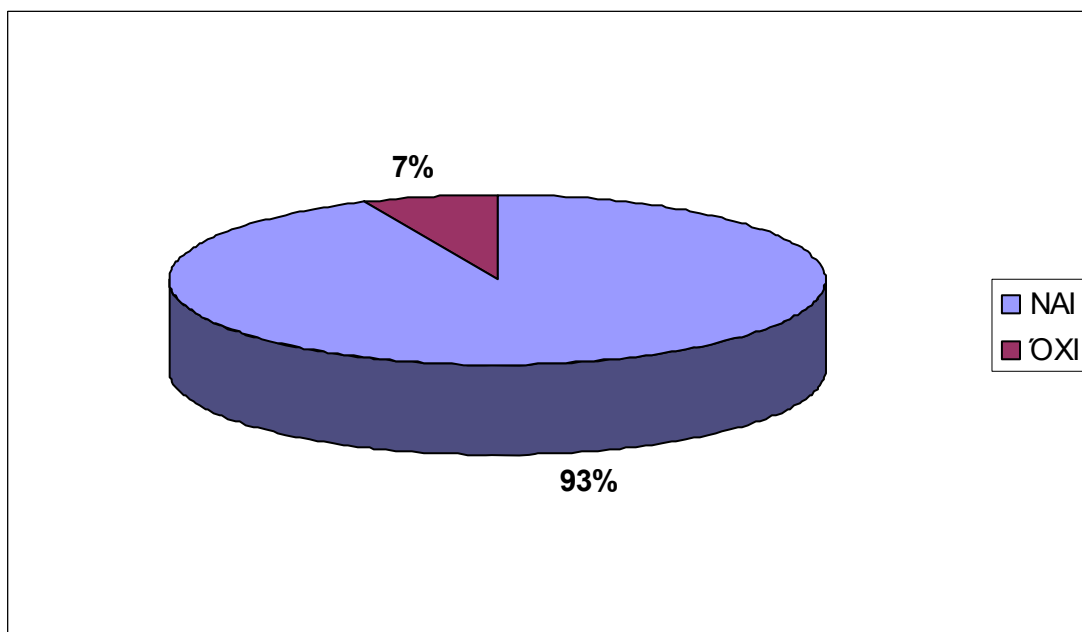
Πρώιμη εμμηναρχή και καθυστερημένη εμμηνόπαυση



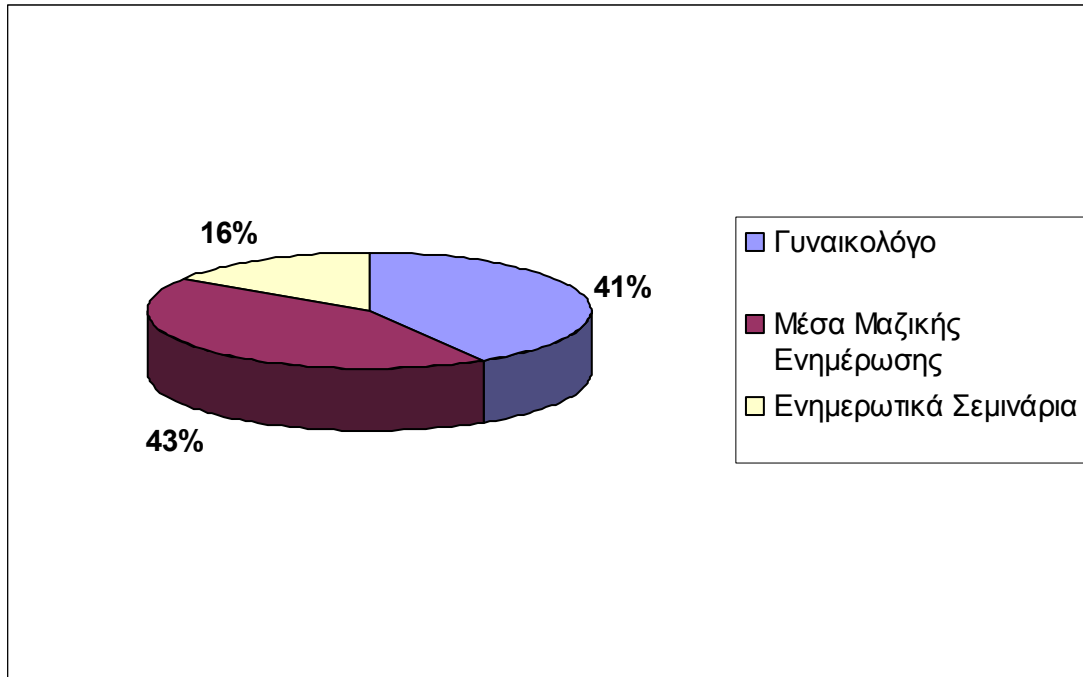
4) Ποιες από τις παρακάτω μεθόδους έγκαιρης διάγνωσης για τον καρκίνο του μαστού γνωρίζετε;



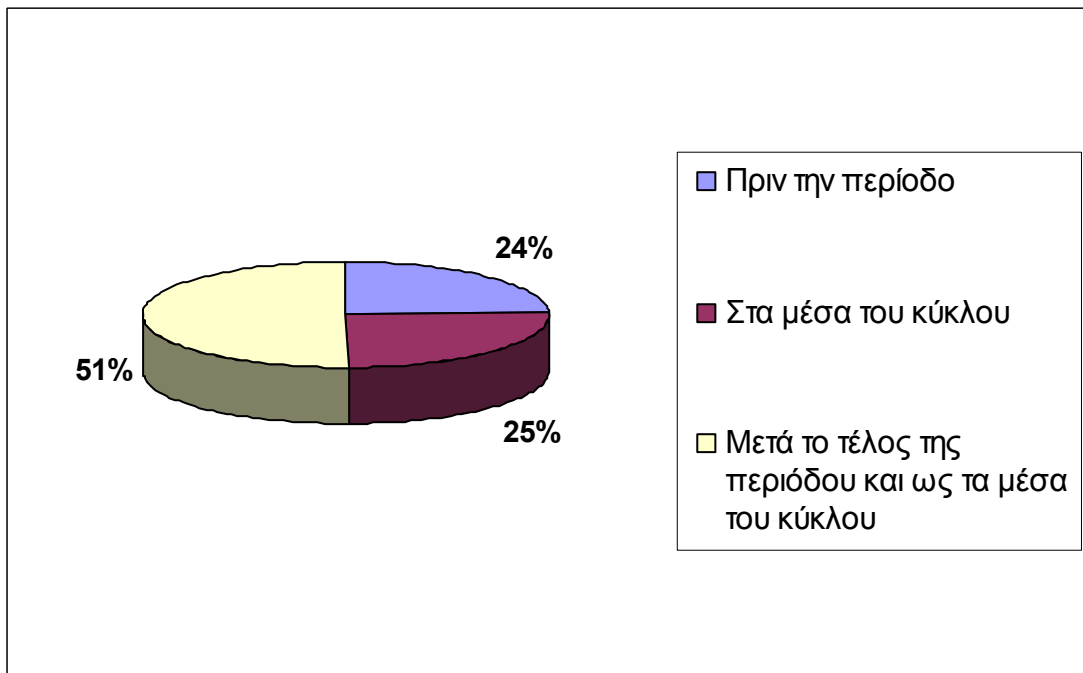
5) Γνωρίζετε τον τρόπο που γίνεται η αυτοεξέταση μαστού;



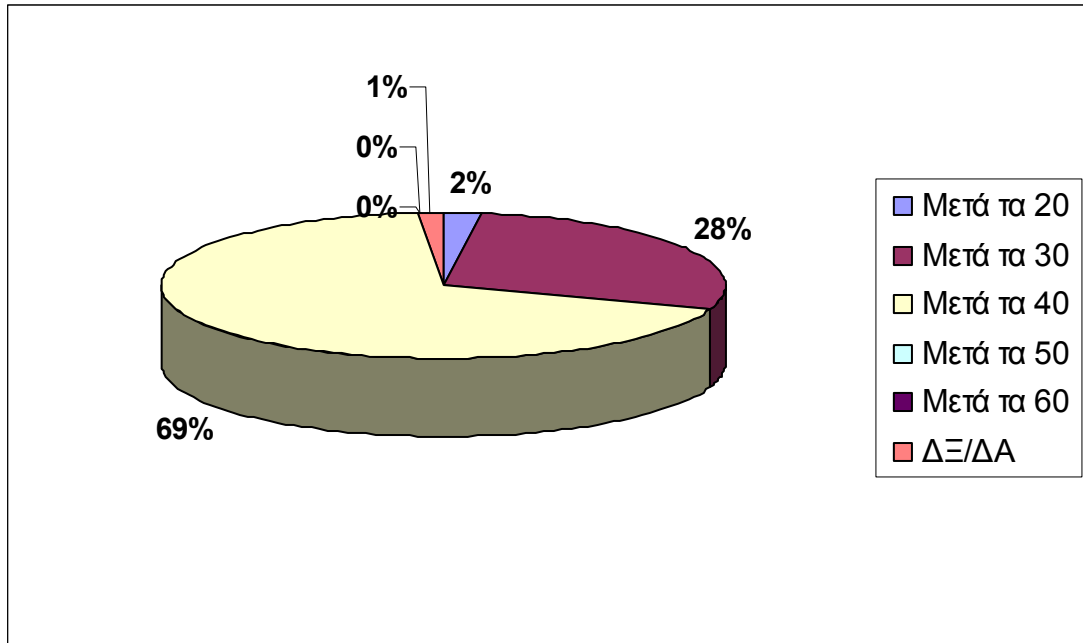
Αν ναι, από πού:



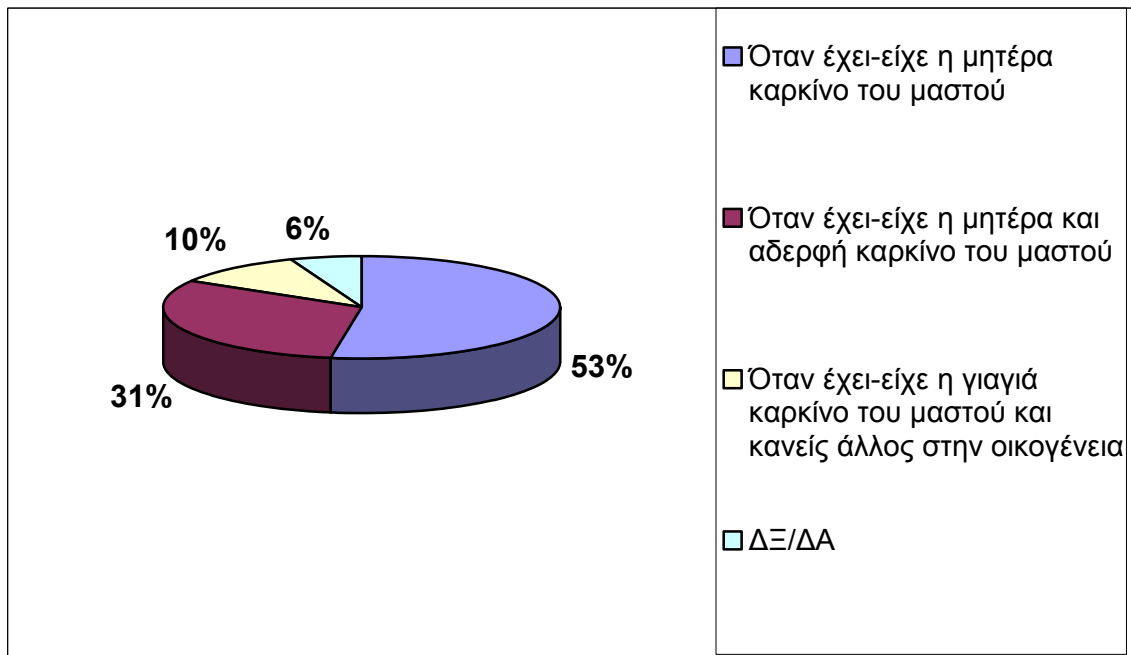
6) Ποια πιστεύετε ότι είναι η καλύτερη χρονική περίοδος για την αυτοεξέταση μαστού;



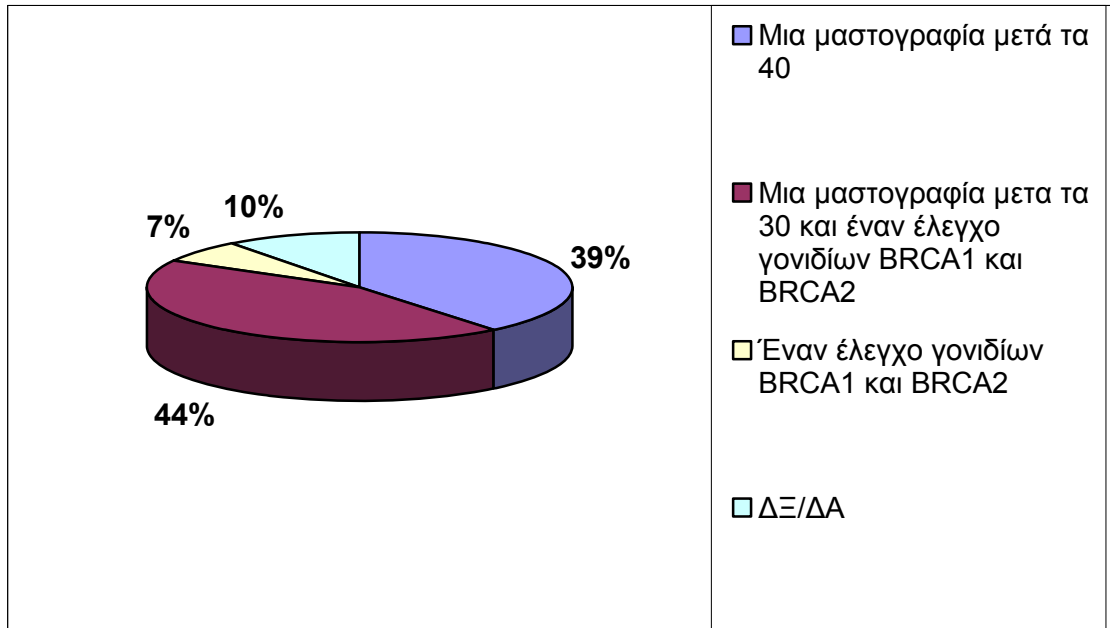
7) Μια γυναίκα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό σε ποία από τις παρακάτω ηλικίες πιστεύεται ότι πρέπει να κάνει την πρώτη μαστογραφία ;



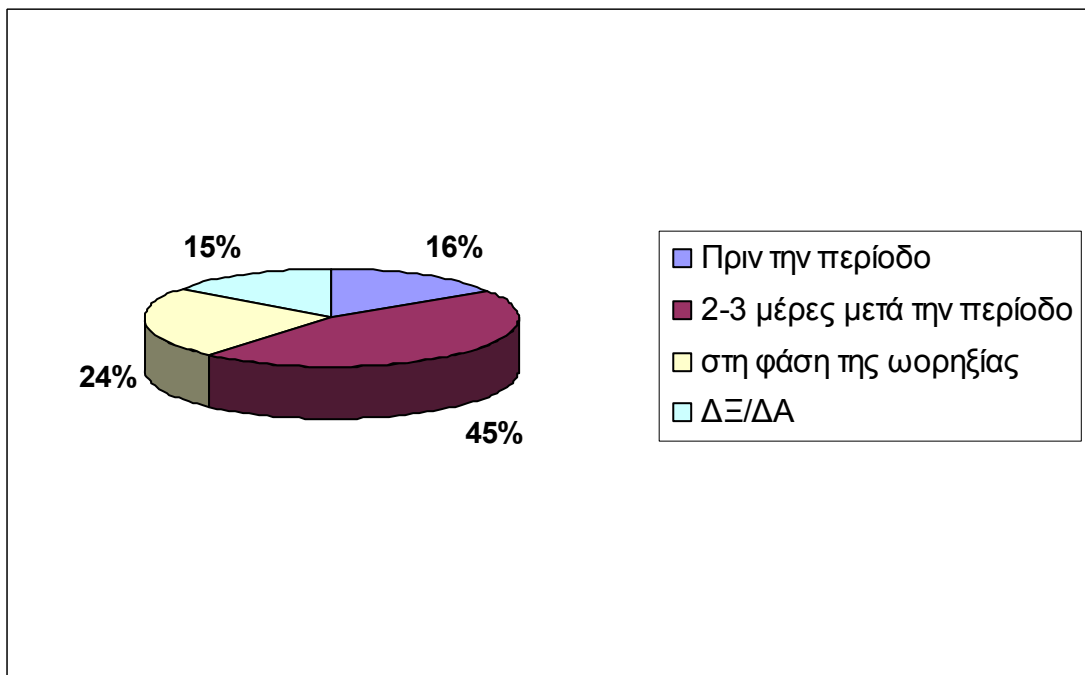
8) Πότε θεωρείται ότι υπάρχει κληρονομικότητα για καρκίνο του μαστού;



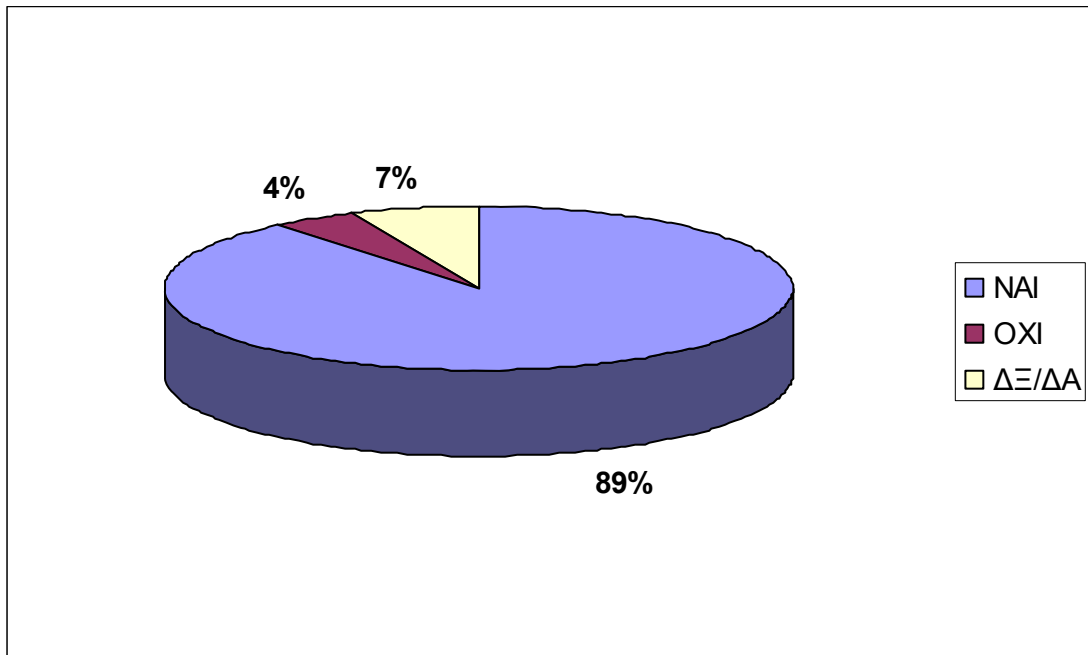
9) Μια γυναίκα με κληρονομικό οικογενειακό ιστορικό πρέπει να κάνει:



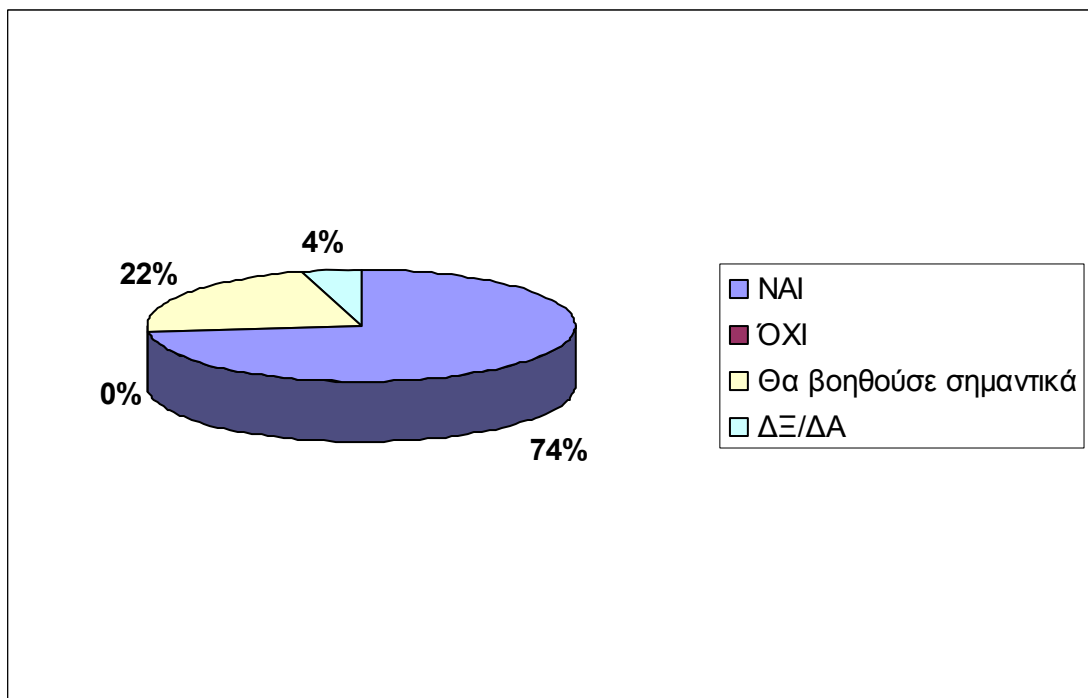
10) Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η κατάλληλη περίοδος για να γίνει μια μαστογραφία;



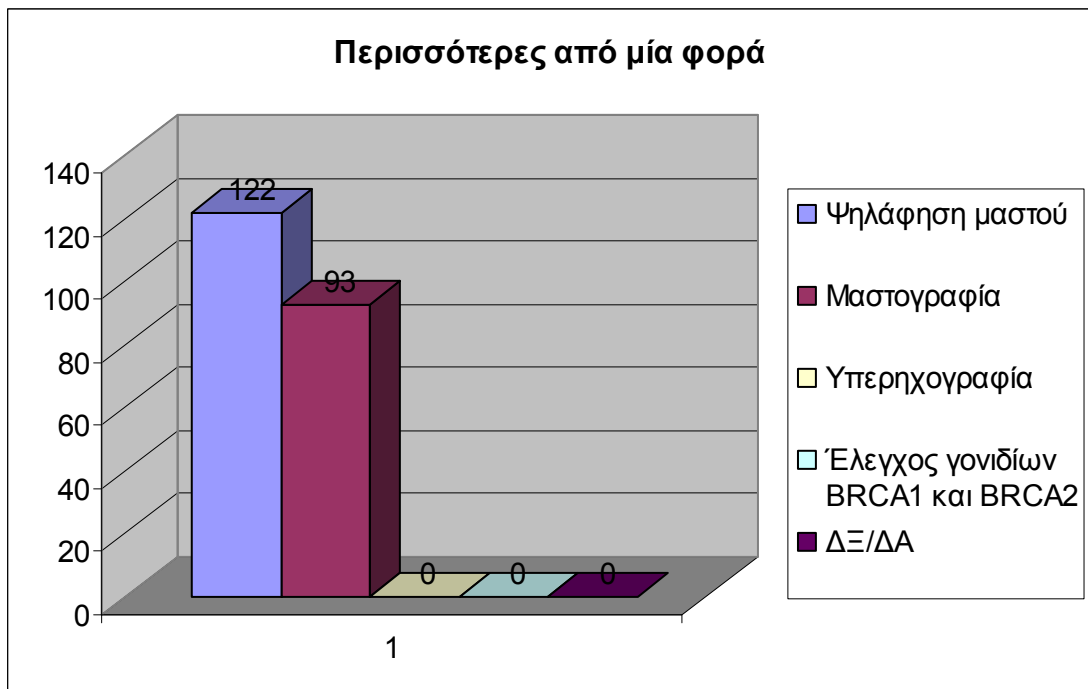
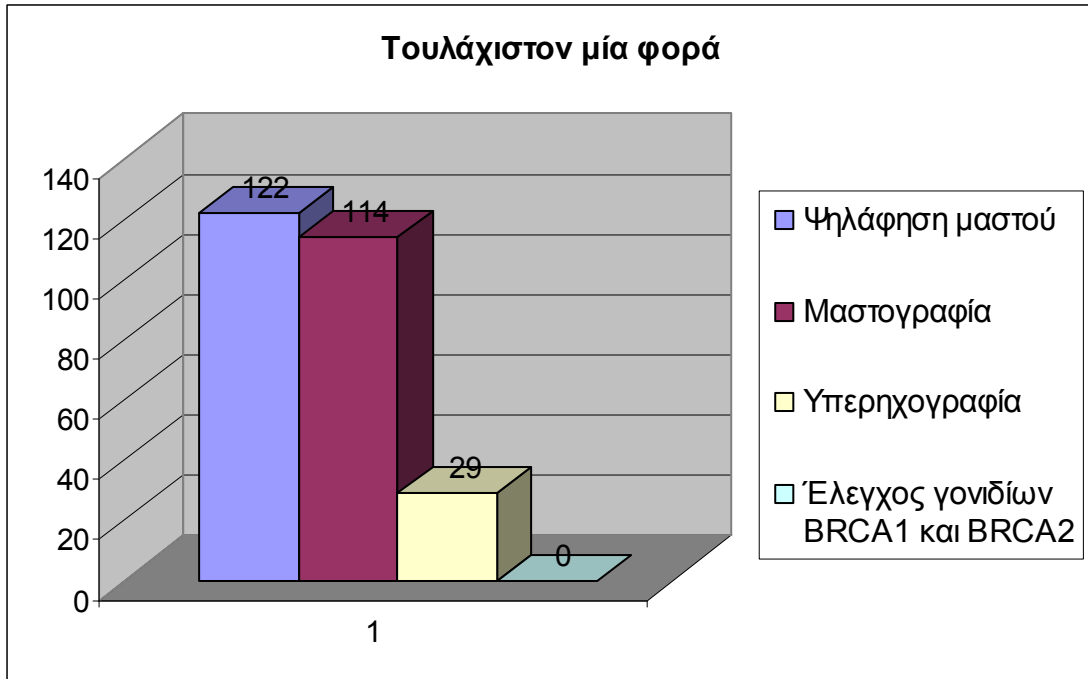
11) Πιστεύετε ότι ο συνδυασμός αυτοεξέτασης, μαστογραφίας και υπερηχογραφήματος αυξάνει το ποσοστό διαγνωστικής επιτυχίας;



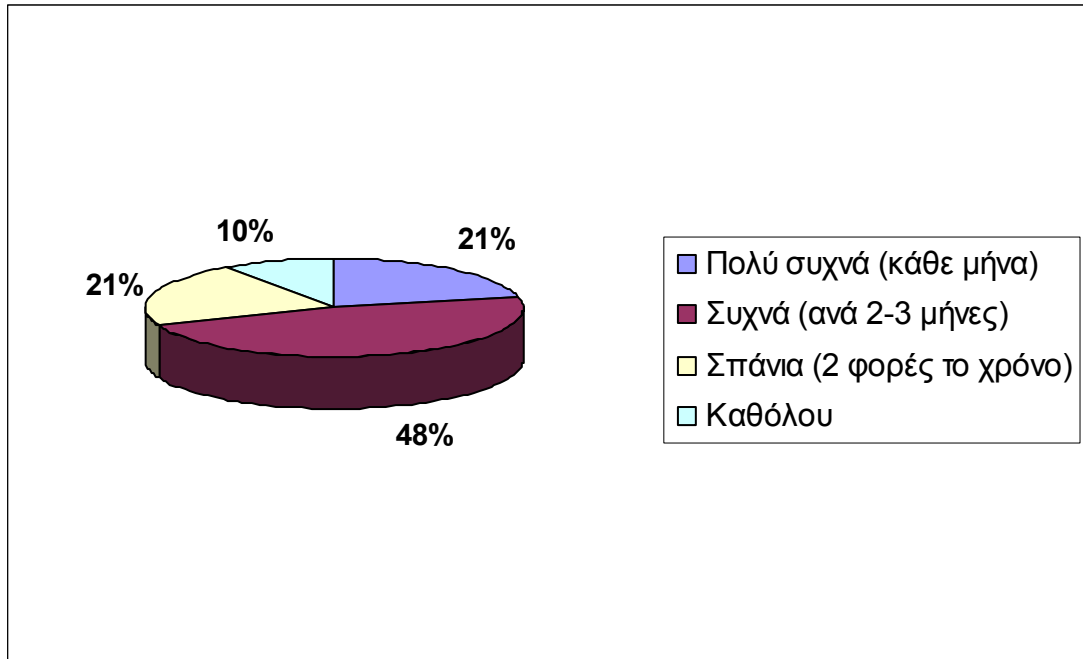
12) Πιστεύετε πως αν υπάρξει μεγαλύτερη ενημέρωση του πληθυσμού για τις μεθόδους πρόληψης καρκίνου του μαστού, θα βοηθούσε περισσότερο στην έγκαιρη διάγνωσή του;



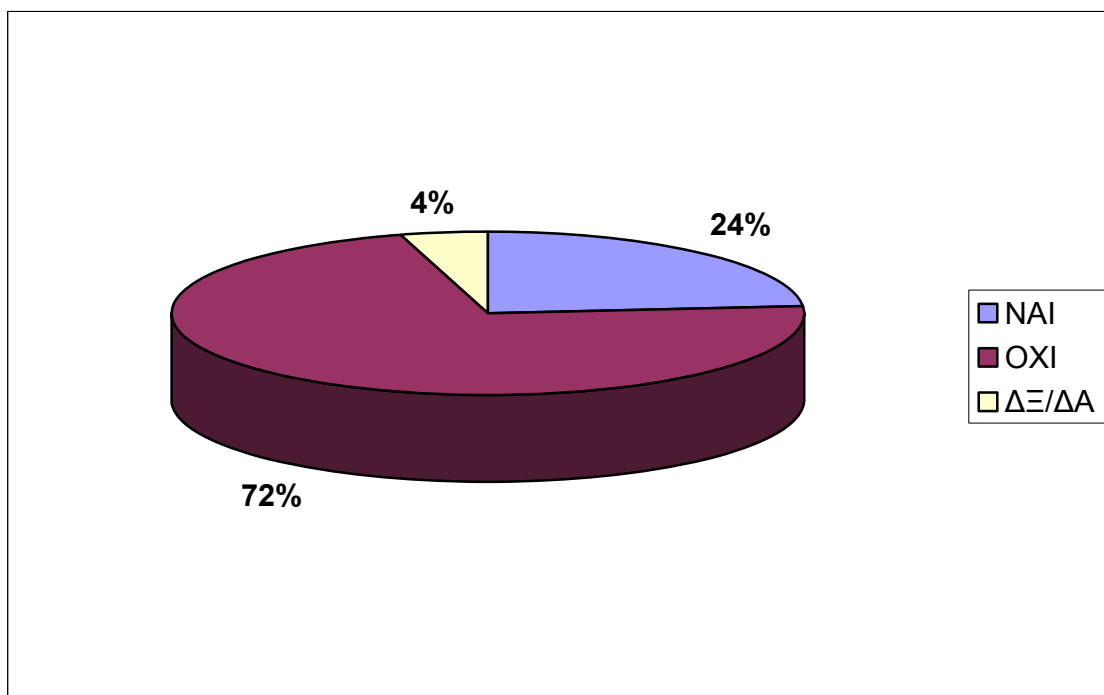
13) Ποιους από τους παρακάτω προληπτικούς ελέγχους έχετε εφαρμόσει τουλάχιστον μία φορά μέχρι σήμερα;



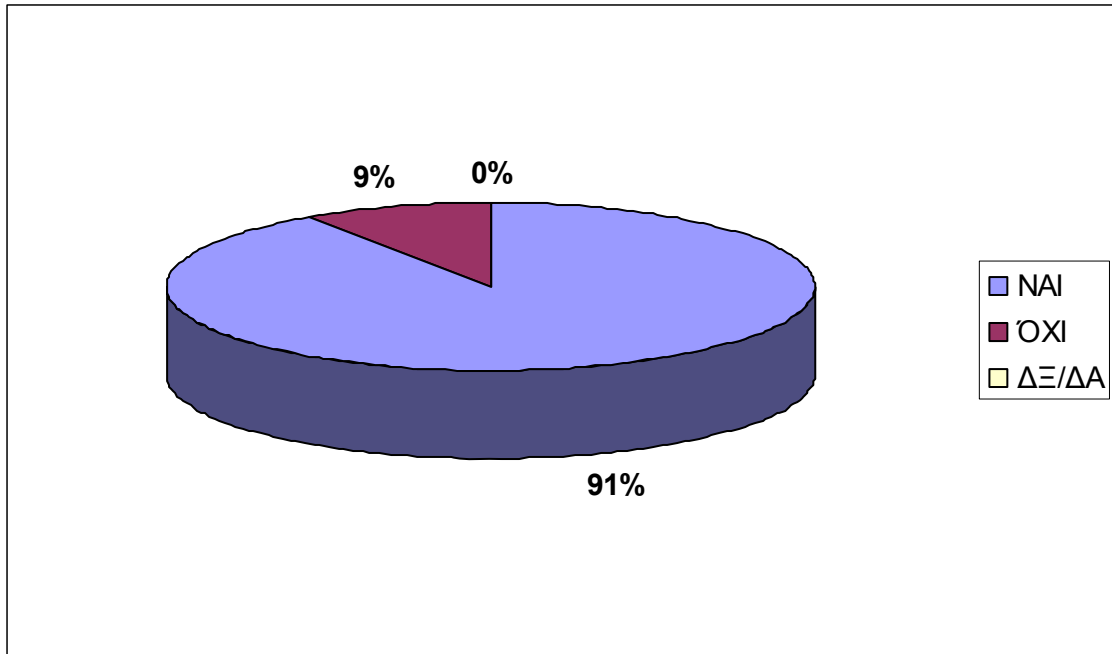
14) Πόσο συχνά κάνετε αυτοεξέταση μαστού;



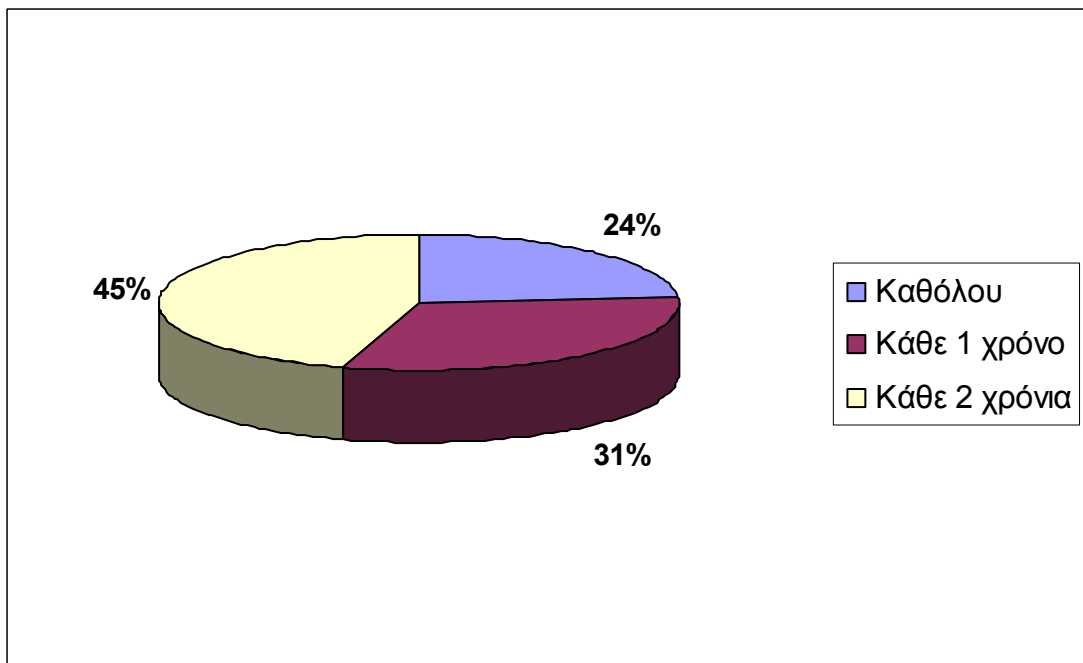
15) Κατά τη διάρκεια της αυτοεξέτασης είχατε ψηλαφίσει ποτέ κάτι ύποπτο στο στήθος σας;



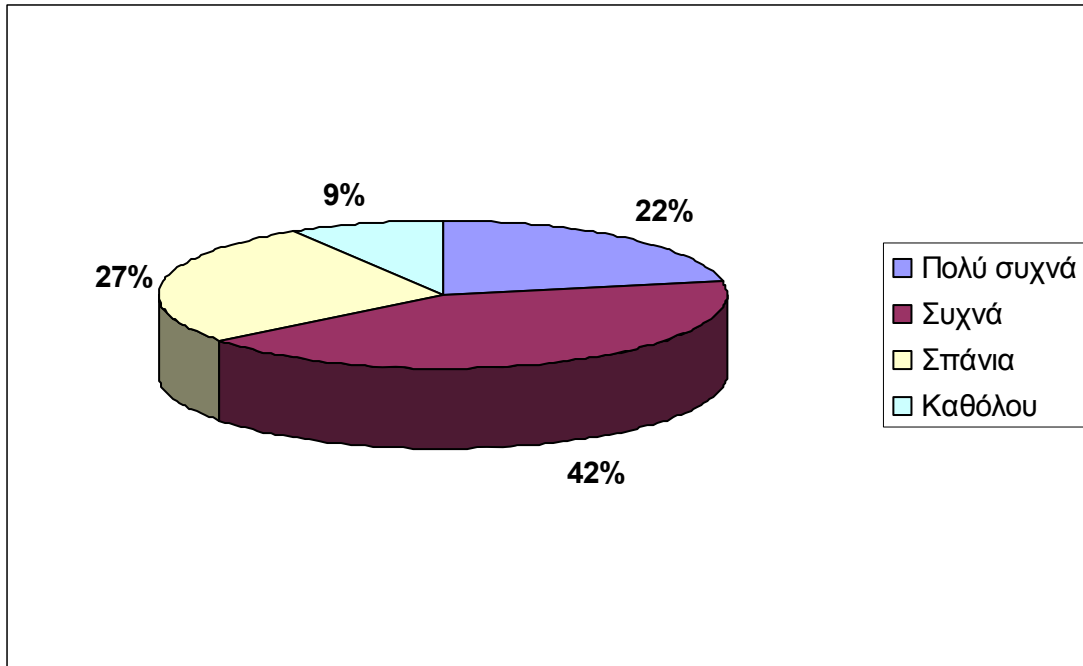
Αν ναι, πήγατε στον γυναικολόγο;



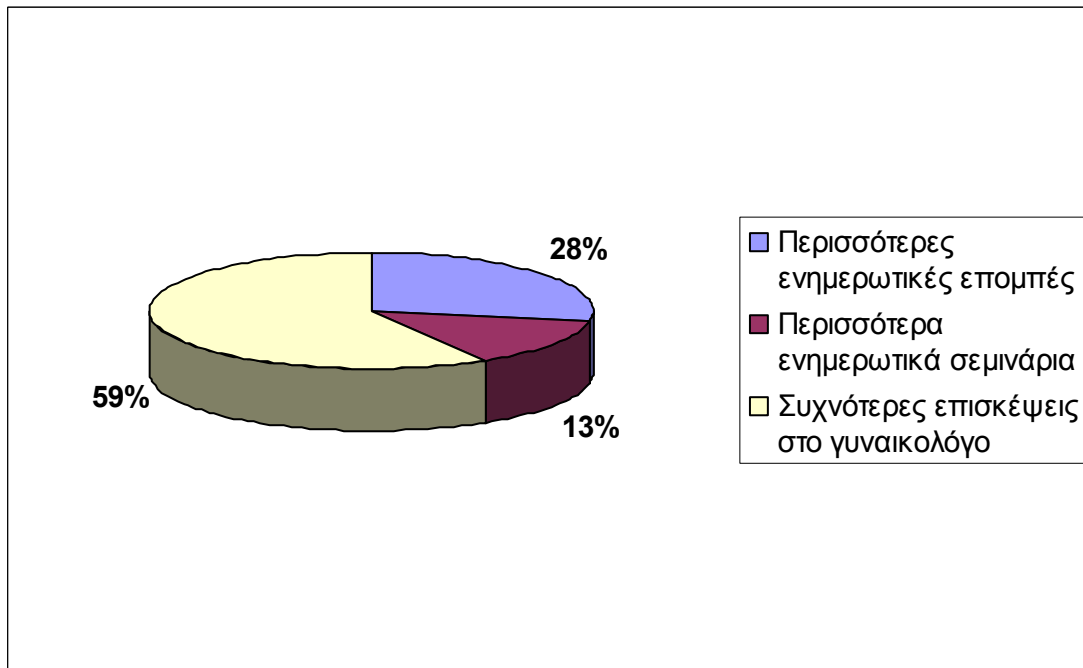
16) Κάθε πότε κάνετε μαστογραφία;



17) Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις:



18) Ποια από τα παρακάτω μέτρα προτείνετε;



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ο καρκίνος αποτελεί ακόμη και σήμερα τη σοβαρότερη ασθένεια η οποία προσβάλλει όλους τους ιστούς του ανθρώπου γιατί επιδρά, αλλοιώνει και μεθίσταται από ιστό σε ιστό. Ιδιαίτερα ο καρκίνος του μαστού έχει δυστυχώς αυξηθεί θεαματικά

αποτελώντας το σοβαρότερο κίνδυνο για τη ζωή του γυναικείου πληθυσμού. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Σύμφωνα με τους ειδικούς επιστήμονες, οι αιτίες που προκαλούν καρκίνο μαστού είναι άγνωστες. Υπάρχουν, ωστόσο, κάποιιο παράγοντες που μπορούν να μεγαλώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου σε μια γυναίκα. Ο πιο συνηθισμένος από αυτούς τους παράγοντες είναι η ηλικία: όσο μεγαλύτερη είναι μια γυναίκα, τόσο περισσότερες πιθανότητες έχει να εμφανίσει την πάθηση. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζουν το οικογενειακό ιστορικό, ο τοκετός σε μεγάλη ηλικία, η κατανάλωση αλκοόλ και η διατροφή.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική διάστασή του, οι οποίες οφείλονται κατά κύριο λόγο σ'αυτό καθαυτό το όργανο στόχο αλλά και στα επιδημιολογικά δεδομένα. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα που δυνητικά μπορεί να προκαλέσει τον θάνατό της, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της που συμβολίζει δυο από τις πιο σημαντικές πτυχές της ύπαρξής της : την μητρότητα και την ερωτική της υπόσταση.

Η έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού καθιστά τη θεραπεία του πιο εύκολη και αποτελεσματική.

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία βλέπουμε ότι στο γυναικείο πληθυσμό υπάρχει μια σχετική ενημέρωση και ευσητοποίηση γύρω από το θέμα του καρκίνου του μαστού.

Στο γυναικείο πληθυσμό ηλικίας 18-35 το 57% πιστεύει ότι την καλύτερη ενημέρωση γύρω από τον καρκίνο του μαστού την παρείχε ο γυναικολόγος και ο οικογενειακός γιατρός. Ενώ στις ηλικίες 36-60 το 48% πιστεύει ότι την καλύτερη ενημέρωση την παρείχαν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Σε ποσοστό 96% γνωρίζουν ότι η ψηλάφηση και η μαστογραφία είναι μέθοδοι έγκαιρης διάγνωσης του.

Το 94% του συνολικού γυναικείου πληθυσμού γνωρίζει τον τρόπο που γίνεται η αυτοεξέταση μαστού.

Το 45% του γυναικείου πληθυσμού πιστεύει ότι μια γυναίκα με ελεύθερο οικογενειακό ιστορικό πρέπει να κάνει την πρώτη μαστογραφία μετά τα 30 ενώ το 55% μετά τα 40.

Σε συντριπτική πλειοψηφία 91% του γυναικείου πληθυσμού πιστεύει πως ο συνδυασμός αυτοεξέταση μαστού, μαστογραφία, υπερηχογραφήματος και μεγαλύτερη ενημέρωση για τις μεθόδους πρόληψης βοηθάει στην έγκαιρη διάγνωση του.

Στο γυναικείο πληθυσμό ηλικίας 18-35 το 95% έχει εφαρμόσει τουλάχιστον μια φορά ψηλάφηση μαστού και σε ποσοστό 2% μαστογραφία. Ενώ στις ηλικίες 36-60 το 96% έχει εφαρμόσει τουλάχιστον μια φορά ψηλάφηση μαστού και το 90% μαστογραφία.

Το 50% του συνολικού γυναικείου πληθυσμού εφαρμόζει συχνά την αυτοεξέταση μαστού.

Το 88% του γυναικείου πληθυσμού που ψηλάφισε κάτι ύποπτο στο στήθος ήταν αρκετά ευαίσθητοποιημένες και απευθύνθηκαν στο γυναικολόγο.

Τέλος το 46% του γυναικείου πληθυσμού προτείνει συχνότερες επισκέψεις στο γυναικολόγο, το 32% προτείνει περισσότερες ενημερωτικές εκπομπές και το 22% περισσότερα ενημερωτικά σεμινάρια.

Η ανάγκη για ενημέρωση και από οργανωμένες ομάδες αγωγής υγείας κρίνεται επιτακτική. Η πρόληψη, η πληροφόρηση, η ενημέρωση, ο αυτοέλεγχος και η πειθαρχία στα προληπτικά διαγνωστικά μέτρα αποτελούν την βάση για τη σωστή αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.

Γιατί η γνώση προστατεύει την ελπίδα και η επικοινωνία ενισχύει τη ζωή!

BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Epstein Perkin de Bono Cookson. Κλινική Εξέταση. Ιατρικές εκδόσεις, Λίτσας. Αθήνα 2004. σελ 251-255
- Παν. Ν. Αδαμόπουλος. Εισαγωγή στην προληπτική ιατρική. Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος. Αθήνα 1988. σελ 246-253
- . Ευδοξία Κονιάρη. Καρκίνος του μαστού. Νοσηλευτική παρέμβαση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 1991. σελ 6-10, 19-25, 35-38, 61-74
- Αντωνία Τριχόπουλου και Δημήτριος Τριχόπουλος. Προληπτική Ιατρική. Επιστημονικές εκδόσεις, Γρηγόριος Κ. Παρισιάνος. Αθήνα 1986. σελ 49
- Barbara Bates, M.D. Οδηγός για κλινική εξέταση. Ιατρικές εκδόσεις, Λίτσας. Αθήνα 1982. σελ 186-189
- Charles, Griggs, Loscalzo. CECIL Βασική Παθολογία. Ιατρικές εκδόσεις, Λίτσας. Αθήνα 2003. σελ 597-613
- Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου. Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Εκδόσεις ΦΛΟΓΑ, Αθήνα. σελ 41-47
- Μ. Δημητρακάκη. Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας και ο ασθενής με καρκίνο του μαστού. Πρακτικά 5^{ου} μετεκπαιδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας. Εξελίξεις στην ογκολογία. Ηράκλειο 1997. σελ 219-229
- Ε. Κονιάρη. Νοσηλευτική παρέμβαση στην φροντίδα ασθενούς με αλλαγή σωματικής εικόνας στον καρκίνο του μαστού. Πρακτικά ημερίδας με θέμα: Αλλαγή της σωματικής εικόνας, μια ξεχασμένη νοσηλευτική προτεραιότητα στον ασθενή με καρκίνο. Αθήνα 1992. σελ 73-80
- Περιοδικό Υγεία & Ευεξία. Καρκίνος του μαστού. Η έγκαιρη ενημέρωση καταπολεμά την ασθένεια. Συνέντευξη του Ευάγγελου Φιλόπουλου, ιατρός-χειρουργός του νοσοκομείου "Άγιος Σάββας", σελ 40-43
- Α. Σαχίνη- Καρδάση. Μεθοδολογία της Έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1997
- Δ. Αραβαντινός και Γ. Κρεάτσας. Εφηβική γυναικολογία, αναπαραγωγή και εμμηνόπαυση. Τριμηνιαία έκδοση της ελληνικής εταιρείας, παιδικής και νεανικής γυναικολογίας. Τόμος 9 – Τεύχος 4. 1997 . σελ 281- 283
- Γ. Στεφανογιάννης. Διάγνωση Καρκίνος, ένας πλήρης οδηγός. Εκδόσεις Π.Ε.Β.Ε. Ηράκλειο 2005. σελ 174-183

Ξένη βιβλιογραφία

- Hall JN, Lee MK, Newman B, Morrow JE, Anderson LA. Linkage of early-onset familial breast cancer to chromosome. Since 1990. pages 12-21
- Jacobs IJ, Smith SA, Wiseman RW, Furreal PA, Harrington TA. Deletion unit on chromosome in epithelial ovarian tumors distal to the familial breast / ovarian cancer locus. 1993. pages 1218-1221
- Claus EB, Risch N, Thompson WD. Genetic analysis of breast cancer in the cancer and steroid hormone study. Am J Hum Genet 1991. pages 232-241
- Runowitz C., Petrec J and Gansler T. Women and Cancer: A Trorough and Compassionate Resource For Patients and their Families. Villard books. New York 1999. pages 57-73

- Renton sc. Garett J.C. Ford HT et al: The importance of the resection margin in conservative surgery for breast cancer. European Journal of Oncology 22(1) 17-22 1996.
- Holland JF Clidewello Cooper (1990) Adverse effect of of radiotherapy on adjuvant Chemotherapy for Carcinoma of the breast Surg Cyn 150.817

Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις

- www.google.gr
- www.iatronet.gr
- www.mastologia.gr
- www.medline.gr